

JULIANY LUZ

**IMPLANTAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO DA
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA EM FLORIANÓPOLIS:
uma exploração quali-quantitativa**

**Trabalho apresentado à Universidade Federal
de Santa Catarina, como requisito para a
conclusão do Curso de Graduação em
Medicina.**

**Florianópolis
Universidade Federal de Santa Catarina
2009**

JULIANY LUZ

**IMPLANTAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO DA
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA EM FLORIANÓPOLIS:
uma exploração quali-quantitativa**

**Trabalho apresentado à Universidade Federal
de Santa Catarina, como requisito para a
conclusão do Curso de Graduação em
Medicina.**

Coordenador do Curso: Prof. Dr. Rogério Moritz

Professor Orientador: Prof. Charles Dalcanale Tesser

**Florianópolis
Universidade Federal de Santa Catarina
2009**

Luz, Juliany.

Implantação do Processo de Trabalho da Estratégia Saúde da Família em Florianópolis: uma exploração quali-quantitativa / Juliany Luz. Florianópolis, 2009.

108 p.

Monografia (Trabalho de Conclusão de Curso) – Universidade Federal de Santa Catarina – Curso de Graduação em Medicina.

1. Atenção Primária à Saúde 2. Estratégia de Saúde da Família 3. Planejamento e gestão de serviços de saúde.

Dedico o presente trabalho a todos que acreditam na força dos sonhos e sabem que a mágica da vida está em realizar o impossível.

*"A saúde é o resultado não só de nossos atos como também de nossos
pensamentos."*

Mahatma Gandhi

*"Há homens que lutam um dia, e são bons;
Há outros que lutam um ano, e são melhores;
Há aqueles que lutam muitos anos, e são muito bons;
Porém há os que lutam toda a vida
Estes são os imprescindíveis."*

Bertold Brecht

AGRADECIMENTOS

Primeiramente a **Deus**, que sempre esteve do meu lado nessa longa caminhada, que me deu forças nas horas em que pensei em desistir, que me mostrou a luz quando eu já me sentia nas trevas. Deus pai, que esteve comigo todos os dias, sob a forma do amor que cativei com os pacientes, as equipes de saúde, a minha família e sobretudo à minha profissão.

Ao meu pai, **Gilberto**, pelos cafés nas manhãs em que eu não queria levantar, pela confiança que sempre depositou em mim, pelo amor, dedicação e carinho incondicionais, pelo financiamento dos livros e dos sonhos. Sua presença foi indispensável nesta caminhada, pai.

A minha mãe querida, **Vera**, pelas implicâncias com as minhas bagunças, por seu perfeccionismo e retidão de caráter que sempre foram para mim como um guia, um exemplo de mulher forte e bem sucedida. Obrigada por ter dedicado tanto do seu tempo e da sua juventude às minhas inquietudes e medos de menina, obrigada por me ajudar a construir alguém melhor a cada dia.

Aos meus grandes mestres, os **pacientes**, que me ensinaram o valor de ser médica e, sobretudo, de ser humana; dividindo com eles suas dores e angústias e aprendendo não só medicina, mas a arte de conviver.

Ao meu grande amigo **Rafael**, que pode dividir comigo a emoção e a aventura que foi percorrer as 47 ULS de Florianópolis, descobrindo pequenos submundos escondidos atrás da selva de pedra e das agendas repletas de compromissos. Obrigada por me incentivar e por rir do meu “espírito de porco” que nos fez tantas vezes saltar quebra molas e chegar na hora marcada em cada entrevista. E, aos meus amigos virtuais, muitas vezes mais presentes que os fisicamente mais próximos, **Leandro e Rodolfo**, que deram o maior apoio na configuração das muitas tabelas que ajudaram a dar respostas às minhas dúvidas sobre a APS de Florianópolis. Obrigada pelas muitas madrugadas de trabalho, textos e números inúmeros.

Ao meu orientador, **Prof. Charles Dalcanale Tesser**, não somente pelo conhecimento científico transmitido, mas pelo tempo, atenção e paciência dispensados durante a realização deste trabalho. Obrigada até mesmo por ter me deixado preocupada quanto à imensidão de assuntos abordados no tema e, obrigada por colocar meus pés no chão quando eu queria voar alto demais.

A todos aqueles que acreditaram, em algum momento e contribuíram para que os meus delírios se tornassem concretos, nesse trabalho tão sonhado. Muito obrigada.

RESUMO

Objetivo: O objetivo principal deste trabalho é descrever e avaliar a dinâmica de trabalho da Estratégia Saúde da Família (ESF) na atenção primária de Florianópolis. São objetivos secundários: 1) Analisar características de trabalho da ESF, quanto à equipe, à adscrição de usuários, presença de outros profissionais somados à equipe; 2) Caracterizar a gestão do trabalho na ESF; 3) Descrever e categorizar o processo de trabalho das equipes e atividades desenvolvidas a partir de critérios caracterizadores elementares, como: existência de área adscrita e rotina de trabalho em função desta; existência de visitas domiciliares (VD) de rotina; existência de reunião de equipe para discussão de casos, elaboração de projetos terapêuticos individuais (PTI) ou coletivos de rotina; existência de esquema de acolhimento.

Método: Este é um estudo exploratório, com delineamento transversal, quali-quantitativo, estruturado a partir de coleta de dados realizada através de entrevistas dirigidas e observação direta. O universo pesquisado constitui-se da totalidade das unidades básicas de saúde do município de Florianópolis, visitadas após prévio agendamento com um dos profissionais das mesmas e entrevistados conforme instrumento desenvolvido na confecção do trabalho. Os resultados foram tabulados e analisados através de estatísticas descritivas simples e categorização dos resultados, caracterizando esquemas de trabalho, organização de agendas e acolhimento.

Resultados: Foram encontrados diversos esquemas de trabalho e de acolhimento nas equipes. Apesar de Florianópolis ter uma atenção primária com ESF oficialmente implantadas por cerca de uma década, ainda apresenta problemas quanto à efetivação dos processos de trabalho da ESF, evidenciados por dados que mostram dificuldades de realizar reuniões de equipe, elaboração multiprofissional de PTI, adscrição de clientela, rotina de VDs e acolhimento efetivo e interdisciplinar.

Conclusão: A diversidade de conteúdos encontrados constitui um retrato da realidade da atenção primária de Florianópolis e uma indicação para melhorias na ESF local.

ABSTRACT

Objective: The main objective from this is to describe and evaluate the work dynamics from Family's Health Strategy (FHS) in the primary health care from Florianópolis. The secondary objectives are: 1) To analyse the working characteristics from ESF, regarding to the team, to the users' amendments, the presence of other professionals added to the team; 2) Characterize the work management at FSH; 3) Describe and categorize the work process from the teams and the activities developed from elementary criteria, such as: the existence of amended area and work routine resulting from the former; the existence of routine domicile visits (DV); existence of team reunions to discuss the cases, elaboration of collective or individual therapeutic projects (ITP); existence of sheltering schemes.

Methods: This is an exploratory study, with transversal delineation, quali-quantitative, structured from data collection through focused interviews and direct observation. The researched universe is constituted of all of the basic health-care unities in the municipality of Florianópolis, visited after previous appointment with the local professionals and interviewed accordingly instrument developed in the work's confection. The results were tabulated and analysed through simple description statistic and results categorization, characterizing working schemes, appointment organization and sheltering.

Results: Several working and sheltering schemes were found in the teams. Although Florianópolis has a officially implanted primary health care for nearly a decade, it still presents problems regarding the effectivation of the working process from the FHS, evidenced by data that show difficulties to make team reunions, multiprofessional ITP elaboration, amendment of clients, domicile routine visits and effective and interdisciplinary sheltering.

Conclusions: The content diversity found constitutes a picture of the Florianópolis's primary health care reality and an indication for FSH local improvements.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
AMQ	Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família
APS	Atenção Primária em Saúde
CLS	Conselho Local de Saúde
DV	Domicile Visits
ESF	Estratégia Saúde da Família
FHS	Family's Health Strategy
ITP	Individual Therapeutic Projects
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNH	Política Nacional de Humanização
PTI	Projeto Terapêutico Individual
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre Esclarecido
ULS	Unidade Local de Saúde
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
VD	Visitas Domiciliares

LISTA DE TABELAS

Grupo de Tabelas 1 – Dados gerais quali e quantitativos acerca da composição das ESF e o número de microáreas descobertas por ULS. As listas das ULS estão dispostas verticalmente, compondo a 1ª coluna das tabelas, à esquerda; enquanto os componentes das ESF estão dispostos na 1ª linha, juntamente com o número de microáreas descobertas.....	50
Tabela 1.1. Regional Centro	50
Tabela 1.2. Regional Continente.....	50
Tabela 1.3. Regional Leste.....	51
Tabela 1.4. Regional Norte	51
Tabela 1.5. Regional Sul	52
Tabela 1.6. Dados acerca dos números totais de profissionais da APS distribuídos por regionais de saúde – médicos, enfermeiros, odontólogos, técnicos de enfermagem e ACS – juntamente com o número de ESF e microáreas descobertas por regionais; esses dados estão dispostos na 1ª linha da tabela, enquanto as regionais de saúde estão dispostas da 1ª coluna da tabela à esquerda.	52
Tabela 1.7. Dados acerca do número de ESF, número de médicos que trabalham 40h semanais, número de médicos que trabalha menos que 40h semanais e número que médicos contratados para o atendimento de intercorrências na ULS; esses dados estão dispostos na 1ª linha da tabela, enquanto que as regionais formam a 1ª coluna, à esquerda na tabela.	52
Tabela 1.8. Dados acerca do número de ESF, número de enfermeiros, técnicos de enfermagem e ACS; esses dados estão dispostos na 1ª linha da tabela e as regionais estão dispostas na 1ª coluna da tabela, à esquerda.	53
Tabela 1.9. Dados acerca da falta de ACS trabalhando nas áreas descobertas. As causas relatadas são: problemas em fazer novas contratações, licenças médicas e redivisão de áreas, que exigiriam contratação de mais profissionais para formar as novas equipes – esses dados estão dispostos na 1ª linha da tabela; as regionais estão na 1ª coluna, à esquerda, na tabela.	53

Grupo de Tabelas 2 – Dados acerca da prática de adscrição pelas ESF na organização das agendas, do acolhimento e da VD. A 1ª coluna das tabelas é composta pelas ULS numeradas enquanto que a 1ª linha traz as informações quanto ao tema das tabelas (adscrição). 53

Tabela 2.1. Regional Centro 53

Tabela 2.2. Regional Continente..... 54

Tabela 2.3. Regional Leste..... 54

Tabela 2.4. Regional Norte 54

Tabela 2.5. Regional Sul 55

Tabela 2.6. Dados acerca da prática de adscrição das agendas, do acolhimento e das visitas domiciliares (VD); que estão dispostos na 1ª linha da tabela e as regionais estão dispostas na 1ª coluna da tabela, à esquerda..... 55

Grupo de Tabelas 3 – Dados acerca dos registros populacionais; na 1ª linha das tabelas estão dispostas as variáveis – população segundo registros do IBGE e população segundo registros das ULS, feitos pelos ACS; há ainda a porcentagem de cobertura das microáreas pelos ACS. Na 1ª coluna estão dispostas as ULS numeradas..... 55

Tabela 3.1. Regional Centro 55

Tabela 3.2. Regional Continente..... 56

Tabela 3.3. Regional Leste..... 56

Tabela 3.4. Regional Norte 56

Tabela 3.5. Regional Sul 57

Grupo de Tabelas 4 – Dados acerca da gestão do trabalho nas ULS de Florianópolis. Na 1ª linha estão dispostas as variáveis: reunião de ESF (onde toda a ESF participa), frequência semanal das reuniões de ESF e presença dos ACS nas reuniões; os valores finais são o resultado das respostas “sim” – ou seja, respostas onde a variável está presente; esses valores são trazidos sob a forma de porcentagens. 57

Tabela 4.1. Regional Centro 57

Tabela 4.2. Regional Continente..... 57

Tabela 4.3. Regional Leste.....	58
Tabela 4.4. Regional Norte	58
Tabela 4.5. Regional Sul	58
Tabela 4.6. Dados acerca da presença de todos os ACS nas reuniões de ULS; os valores estão descritos em porcentagens; as regionais estão dispostas na 1ª coluna da tabela, à esquerda.	59
Tabela 4.7. Dados acerca da presença de reuniões de ESF, a periodicidade semanal, e presença de todos os ACS nestas; essas variáveis estão dispostas na 1ª linha da tabela e as regionais estão dispostas na 1ª coluna da tabela, à esquerda.	59

Grupo de Tabelas 5 – Dados acerca das formas de acolhimento da população: A. Grupo de profissionais contratados para realizar exclusivamente acolhimento, não faz parte de uma ESF; B. O acolhimento é feito por membros de uma ESF, sendo realizada avaliação de risco e avaliada necessidade de consulta médica ou resolução do problema conjuntamente ali mesmo, durante o momento do acolhimento; C. As ESF se revezam entre si e organizam o dia do acolhimento, ou seja, naquele dia aquela ESF não fará atendimento da sua área, pois estará atendendo o acolhimento da ULS. As tabelas trazem os dados individuais das ULS por regionais quanto ao tipo de acolhimento realizado (A/B/C) e ainda quanto à adscrição por área (dados contidos na 1ª linha das tabelas); as ULS estão numeradas na 1ª coluna das tabelas... 59

Tabela 5.1. Regional Centro	59
Tabela 5.2. Regional Continente.....	60
Tabela 5.3. Regional Leste.....	60
Tabela 5.4. Regional Norte	60
Tabela 5.5. Regional Sul	61
Tabela 5.6. Dados acerca da prática de adscrição do acolhimento nas regionais. Os dados são expressos em valores percentuais. A existência de acolhimento adscrito em uma regional pode coexistir com atendimento aberto, já que em algumas ULS ocorrem as duas formas de acolhimento, dependendo do período do dia, ou semana.....	61
Tabela 5.7. Dados acerca das formas de acolhimento da população: A. Grupo de profissionais contratados para realizar exclusivamente acolhimento, não faz parte de uma	

ESF; B. O acolhimento é feito por membros de uma ESF, sendo realizada avaliação de risco e avaliada necessidade de consulta médica ou resolução do problema conjuntamente ali mesmo, durante o momento do acolhimento; C. As ESF se revezam entre si e organizam o dia do acolhimento, ou seja, naquele dia aquela ESF não fará atendimento da sua área, pois estará atendendo o acolhimento da ULS. A tabela traz os dados percentuais comparativos entre regionais de saúde..... 61

Grupo de Tabelas 6 – Dados acerca do tipo de agendamento – Agenda Aberta, Semanal, Quinzenal, Mensal, Bimensal – e o tempo máximo de espera pela consulta agendada (em semanas) – esses dados qualitativos estão dispostos na 1ª linha das tabelas enquanto que as ULS estão numeradas na 1ª coluna das tabelas. 62

Tabela 6.1. Regional Centro 62

Tabela 6.2. Regional Continente..... 62

Tabela 6.3. Regional Leste..... 62

Tabela 6.4. Regional Norte 63

Tabela 6.5. Regional Sul 63

Tabela 6.6. Dados acerca do tipo de agendamento – Agenda Aberta, Semanal, Quinzenal, Mensal, Bimensal – em médias percentuais e o tempo máximo de espera pela consulta agendada (em semanas) – em médias percentuais para a cidade de Florianópolis..... 63

Tabela 7 – Dados acerca da reserva de vagas para ações programáticas – atendimento de idosos, gestantes, puericultura, diabéticos, hipertensos – em relação à regional de saúde; as regionais estão dispostas da 1ª coluna da tabela, à esquerda e os valores são descritos sob a forma de percentuais..... 64

Grupo de Tabelas 8 – Dados acerca das visitas domiciliares, quanto à periodicidade – 2 vezes na semana (2x/semana), semanal, quinzenal, mensal, outro – e dados acerca dos membros da ESF que participam das VD; esses dados qualitativos estão dispostos na 1ª linha das respectivas tabelas (periodicidade das VD e profissionais nas VD) enquanto que as ULS compõem a 1ª coluna das tabelas. 64

Tabela 8.1.1 Regional Centro - Periodicidade.....	64
Tabela 8.1.2. Regional Centro - Profissionais	64
Tabela 8.2.1. Regional Continente - Periodicidade	65
Tabela 8.2.2. Regional Continente - Profissionais	65
Tabela 8.3.1. Regional Leste - Periodicidade	65
Tabela 8.3.2. Regional Leste - Profissionais	66
Tabela 8.4.1. Regional Norte - Periodicidade	66
Tabela 8.4.2. Regional Norte - Profissionais	66
Tabela 8.5.1. Regional Sul - Periodicidade	67
Tabela 8.5.2. Regional Sul - Profissionais	67
Tabela 8.6. Dados acerca da periodicidade das VD nas regionais de saúde de Florianópolis. As variáveis de periodicidade estão dispostas na 1ª linha da tabela enquanto as regionais formam a 1ª coluna da tabela. Os valores estão sob a forma de porcentagens.	67
Tabela 8.7. Dados acerca dos profissionais que participam das VD nas regionais de saúde de Florianópolis. As variáveis de periodicidade estão dispostas na 1ª linha da tabela enquanto as regionais formam a 1ª coluna da tabela. Os valores estão sob a forma de porcentagens.	68
 Grupo de Tabelas 9 – Dados sobre as especialidades que compõem a prática de matriciamento das ULS – psiquiatria, psicologia, pediatria, ginecologia/obstetrícia, dermatologia, geriatria, nutrição – dispostas na 1ª linha das tabelas; enquanto as ULS estão numeradas na 1ª coluna das tabelas.....	
Tabela 9.1. Regional Centro	68
Tabela 9.2. Regional Continente.....	68
Tabela 9.3. Regional Leste.....	69
Tabela 9.4. Regional Norte	69
Tabela 9.5. Regional Sul	69

Tabela 9.6. Dados sobre as especialidades que compõe a prática de matriciamento das regionais – psiquiatria, psicologia, pediatria, ginecologia/obstetrícia, dermatologia, geriatria, nutrição – dispostas na 1ª linha das tabelas; enquanto as regionais estão numeradas na 1ª coluna das tabelas. Os dados estão apresentados sob a forma de porcentagens. 70

Tabela 9.7. Dados acerca das formas de atendimento na prática do matriciamento – conjunto, atende pacientes encaminhados pela ESF, atende em agenda própria ou faz discussão dos casos de matriciamento em reuniões – essas variáveis estão dispostas na 1ª linha da tabela e as regionais na 1ª coluna da tabela; os números estão apresentados sob a forma e porcentagens. Mais de uma forma de matriciamento podem coexistir em cada regional. 70

Grupo de Tabelas 10 – Dados acerca da realização ou não da prática de Projeto Terapêutico Individual e do momento em que é realizado – durante a reunião de ESF, durante as reuniões ou interconsultas do matriciamento ou no dia a dia. 70

Tabela 10.1. Regional Centro 70

Tabela 10.2. Regional Continente..... 71

Tabela 10.3. Regional Leste..... 71

Tabela 10.4. Regional Norte 71

Tabela 10.5. Regional Sul 72

Tabela 10.6. Dados acerca da realização ou não da prática de Projeto Terapêutico Individual nas regionais de saúde em Florianópolis; os dados são apresentados sob a forma de porcentagens..... 72

Tabela 10.7. Dados acerca do momento em que ocorre a prática do Projeto Terapêutico Individual – durante a reunião de ESF, durante as reuniões ou interconsultas do matriciamento ou no dia a dia; os dados são apresentados em porcentagens. Em algumas regionais ocorre mais de um momento apontado como espaço de realização de PTI. 72

Grupo de Tabelas 11 – Dados acerca da prática de educação permanente – se é realizada de rotina na ULS ou não - e em que momentos se dá – no matriciamento, na reunião de ESF, através dos cursos da SMS, na reunião de ULS ou em outro momento específico..... 73

Tabela 11.1. Regional Centro 73

Tabela 11.2. Regional Continente..... 73

Tabela 11.3. Regional Leste..... 73

Tabela 11.4. Regional Norte 74

Tabela 11.5. Regional Sul 74

Tabela 11.6. Dados acerca da prática de educação permanente nas regionais de saúde em Florianópolis; os dados são apresentados sob a forma de porcentagens..... 74

Tabela 11.7. Dados acerca dos momentos de prática da educação permanente – no matriciamento, na reunião de ESF, através dos cursos da SMS, na reunião de ULS ou em outro momento; essas variáveis estão dispostas na 1ª linha da tabela enquanto a lista das regionais estão 1ª coluna à esquerda. Os dados são apresentados sob a forma de porcentagens. Em algumas regionais coexistem as práticas de educação permanente em mais de um dos momentos citados..... 75

Grupo de Tabelas 12 – Dados acerca da realização ou não de grupos, se há adscritos à área de cada ESF ou são abertos para população de qualquer área e as modalidades dessa atividade – grupo de gestante, tabagismo, hipertensão arterial (HAS), diabete melito (DM) e outros grupos; essas variáveis estão dispostas na 1ª linha da tabela, enquanto que as ULS numeradas estão na 1ª coluna à esquerda. 75

Tabela 12.1. Regional Centro 75

Tabela 12.2. Regional Continente..... 75

Tabela 12.3. Regional Leste..... 76

Tabela 12.4. Regional Norte 76

Tabela 12.5. Regional Sul 76

Tabela 12.6. Dados acerca das modalidades de grupos realizados nas regionais de saúde de Florianópolis – grupo de gestante, tabagismo, hipertensão arterial (HAS), diabete melito

(DM) e outros grupos; essas variáveis estão dispostas na 1ª linha da tabela, enquanto que as regionais estão na 1ª coluna à esquerda. 77

Tabela 12.7. Dados acerca da adscrição dos grupos, se são ou não adscritos à sua área; essas duas variáveis estão dispostas na 1ª linha da tabela, enquanto que as regionais de saúde estão na 1ª coluna à esquerda. Os dados são apresentados em porcentagens. 77

Grupo de Tabelas 13 – Dados acerca da prática da medicina complementar na APS; as modalidades – acupuntura, homeopatia, fitoterapia – e quem realiza a atividade – médico ou outro profissional. 77

Tabela 13.1. Regional Centro 77

Tabela 13.2. Regional Continente 78

Tabela 13.3. Regional Leste 78

Tabela 13.4. Regional Norte 78

Tabela 13.5. Regional Sul 79

Tabela 13.6. Dados acerca da prática ou não de medicina complementar nas regionais de saúde de Florianópolis os dados estão apresentados sob a forma de porcentagens. 79

Tabela 13.7. Dados acerca das modalidades de medicina complementar praticadas nas regionais de saúde de Florianópolis – acupuntura, homeopatia, fitoterapia; as variáveis estão dispostas na 1ª linha da tabela enquanto as regionais estão dispostas na 1ª coluna à esquerda. Os dados são apresentados em porcentagens. 79

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Dados acerca da falta de ACS trabalhando na áreas descobertas. As causas relatadas são: problemas em fazer novas contratações, licenças médicas e redivisão de áreas, que exigiriam contratação de mais profissionais para formar as novas equipes – esses dados estão sob a forma de cores, melhor especificadas na figura; as regionais de saúde estão dispostas no eixo das abscissas.....18

Gráfico 2: Dados acerca da falta de ACS trabalhando na áreas descobertas na cidade de Florianópolis de uma forma geral, 2º os relatos de causas para o problema: problemas em fazer novas contratações, licenças médicas e redivisão de áreas, que exigiriam contratação de mais profissionais para formar as novas equipes – essas variáveis são trazidas sob a forma de cores na figura.....19

Gráfico 3: Dados acerca das formas de acolhimento da população: A. Grupo de profissionais contratados para realizar exclusivamente acolhimento, não faz parte de uma ESF; B. O acolhimento é feito por membros de uma ESF, sendo realizada avaliação de risco e avaliada necessidade de consulta médica ou resolução do problema conjuntamente ali mesmo, durante o momento do acolhimento; C. As ESF se revezam entre si e organizam o dia do acolhimento, ou seja, naquele dia aquela ESF não fará atendimento da sua área, pois estará atendendo o acolhimento da ULS. A tabela traz os dados percentuais totais para a cidade de Florianópolis.....23

Gráfico 4: Dados acerca das formas de acolhimento da população: A. Grupo de profissionais contratados para realizar exclusivamente acolhimento, não faz parte de uma ESF; B. O acolhimento é feito por membros de uma ESF, sendo realizada avaliação de risco e avaliada necessidade de consulta médica ou resolução do problema conjuntamente ali mesmo, durante o momento do acolhimento; C. As ESF se revezam entre si e organizam o dia do acolhimento, ou seja, naquele dia aquela ESF não fará atendimento da sua área, pois estará atendendo o acolhimento da ULS. A tabela traz os dados percentuais comparativos entre regionais de saúde.....25

- Gráfico 5:** Dados acerca da existência de Conselho Local de Saúde nas ULS; os dados são trazidos sob a forma de porcentagens e as cores evidenciam as ULS com CLS, sem CLS e que estão montando seus CLS.....36
- Gráfico 6:** Dados acerca do realização de coordenação do cuidado nas ULS de Florianópolis. Os valores são apresentados em porcentagens e distintos pelas cores da figura.....38
- Gráfico 7:** Dados acerca do momento da realização da coordenação do cuidado - reunião de ESF, reuniões eventuais para a discussão do tema e matriciamento. As variáveis tem as frequências apresentadas em porcentagens e estão distintas pelas cores da figura.....39
- Gráfico 8:** Dados acerca da prática de educação permanente, em que momentos se dá – no matriciamento, na reunião de ESF, através dos cursos da SMS, na reunião de ULS ou em outro momento específico. Os números são apresentados em porcentagens e as variáveis estão distintas pelas cores da figura.....40
- Gráfico 9:** Dados sobre as especialidades que compõem a prática de matriciamento das ULS – psiquiatria, psicologia, pediatria, ginecologia/obstetrícia, dermatologia, geriatria, nutrição – as variáveis são distintas pelas cores da figura e os valores são apresentados em porcentagens.....43

LISTA DE ANEXOS

Anexo I – Termo de Consentimento Livre Esclarecido.....	81
Anexo II – Instrumento de Avaliação	82

LISTA DE APÊNDICES

Apêndice I – Questionário para Diagnóstico Compartilhado da Atenção Básica	87
Apêndice II – Declaração de Aprovação da Prefeitura Municipal de Florianópolis da Pesquisa de Campo na Rede Básica, após aprovação do CEP/UFSC	103
Apêndice III – Folha de Rosto para Pesquisa envolvendo Seres Humanos.....	104
Apêndice IV – Parecer consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa em seres humanos da Universidade Federal de Santa Catarina.....	105
Apêndice V – Autorização da Comissão de Acompanhamento dos Projetos de Pesquisa em Saúde do Departamento de Atenção Básica de Florianópolis para a realização do projeto de pesquisa nas ULS da Rede Básica.....	106
Apêndice VI – Ficha de Avaliação	107

SUMÁRIO

Falsa folha de rosto.....	i
Folha de rosto	ii
Ficha Catalográfica.....	iii
Dedicatória.....	iii
Agradecimentos	v
Resumo	vi
<i>Abstract</i>	vii
Lista de abreviaturas e siglas	viii
Lista de tabelas	ix
Lista de Gráficos.....	xvii
Lista de Anexos	xix
Lista de Apêndices.....	xx
Sumário.....	xxi
1. Introdução	1
2. Fundamentação Teórica.....	4
3. Objetivos.....	10
3.1. Objetivo Principal.....	10
3.2. Objetivos Secundários	10
4. Métodos.....	11
4.1. Amostra.....	11
4.2. Instrumento de Pesquisa.....	11
4.3. Coleta de Dados.....	13
4.4. Definição das variáveis, categorização dos dados.....	13
5. Resultados e Análise.....	17
5.1. Estrutura das Equipes	17
5.1.1. Perfil da Rede	17
5.1.2. Perfil dos Profissionais.....	19
5.2. Relação com Clientela	21

5.2.1. Acolhimento Humanizado	21
5.2.2. Acesso.....	25
5.3. Meios de Trabalho e Atividades	28
5.3.1. Consultas	29
5.3.2. Visitas Domiciliares	30
5.3.3. Grupos	31
5.4. Gestão de Trabalho.....	33
5.4.1. Reuniões de ULS	33
5.4.2. Reuniões de ESF.....	34
5.4.3. Conselho Local de Saúde	35
5.4.4. Colegiado de Gestão	36
5.4.5. Projeto Terapêutico Individual	36
5.4.6. Coordenação do Cuidado.....	37
5.4.7. Educação Permanente.....	39
5.5. Apoio à ESF.....	41
5.5.1. Apoio Matricial.....	41
5.5.2. Medicina Complementar	43
6. Conclusão	45
Referências bibliográficas	47
Normas adotadas.....	80
Anexos	81
Apêndices	87

1. INTRODUÇÃO

Avaliar é uma ação inerente do ser humano. Ela é tão habitual que muitas vezes é realizada de maneira inconsciente. Determinar a qualidade do que se vê, do que se compra, do que se come é atividade cotidiana. Com a prestação de serviços não seria diferente; a população está constantemente reivindicando melhorias nas escolas e currículos universitários, solicitando mais infra-estrutura nos hospitais e ambulatorios, exigindo universalidade no atendimento das unidades de saúde. A avaliação no campo das políticas públicas e sanitárias, no entanto, requer mais profundidade que apenas o senso comum, sendo necessários parâmetros e metas comparativos para a sua avaliação.¹

Muitos pesquisadores já estudaram sobre o tema e acreditam que a avaliação em saúde deve ser um processo crítico-reflexivo sobre práticas e processos desenvolvidos no âmbito dos serviços de saúde. Deve ser um processo de negociação e pactuação entre sujeitos que partilham co-responsabilidades, evidenciando o pilar de processo de trabalho – a co-gestão. A avaliação, portanto, é uma parte importante da gestão, já que avaliar não é meramente atribuição de sujeitos externos, devendo fazer parte do conjunto de atividades desempenhadas pelos gestores do sistema e das equipes de saúde. Essa prática de gestão resulta em aprendizagem, em conhecer o trabalho da instituição e propiciar as mudanças que levem a maior eficácia nos processos de trabalho.

A avaliação pode ser basicamente de três tipos, dependendo do objeto avaliado: de eficiência, de eficácia e de efetividade.

- Eficiência significa fazer mais com menos recursos; evitar desperdícios. É uma relação direta entre o custo e o benefício de uma determinada ação ou programa assistencial.

- Eficácia significa realizar , com a melhor qualidade possível, as ações que se planeja. Ela está relacionada com a capacidade da instituição alcançar as metas estabelecidas, sendo medida de acordo com o alcance total ou parcial das metas. Para que os serviços de saúde sejam avaliados quanto à sua eficácia é preciso existir metas estabelecidas, como, por exemplo, metas de indicadores de saúde ou de cobertura populacional.²

- Efetividade significa resultar na transformação de uma realidade ou, no funcionamento de um sistema, por exemplo, sendo este conceito muito utilizado para o estudo de avaliação de resultados. Assim, a efetividade dos serviços de saúde é medida pelo impacto nos indicadores de saúde, pela alteração de conceitos de saúde, pela satisfação das expectativas do usuário e pela influência dos serviços na comunidade.

A avaliação em saúde adquiriu importância quando o Estado começou a intervir nas políticas sociais. A avaliação dos programas públicos de saúde apareceu logo após a Segunda Guerra Mundial, em consequência do papel que o Estado começou a desempenhar nas áreas de educação, assistência social, emprego e saúde.

A Organização Mundial da Saúde realizou, em 1967, um simpósio sobre métodos de avaliação em saúde, cujo relatório final inclui a seguinte citação:

“Em poucos países do mundo é possível encontrar um Ministro da Saúde ou dirigente de um grande departamento de saúde que disponha de todos os recursos de que necessita para desenvolver seu programa. Melhorar os serviços existentes e ao mesmo tempo obter recursos adicionais para manter novos programas – eis o problema com que se defrontam constantemente os administradores sanitários em países tanto desenvolvidos como em desenvolvimento. A avaliação, por indicar o melhor modo de utilização dos recursos disponíveis em dinheiro, pessoal e material, representa a única solução para o problema.”³

É preciso ter em mente um referencial comparativo para que se possa realizar um processo de avaliação. É necessário que esteja claramente definido quem tem poder de decidir e sobre o que irá decidir. Quando não está claro algum desses pontos não se faz uma avaliação propriamente dita, e sim um diagnóstico de situação. Uma boa avaliação deve selecionar e obter dados, assim como elaborar e divulgar os resultados para ajudar a tomada e melhora das decisões. No presente trabalho, o primeiro passo para a criação desse referencial foi buscar qual seria a forma de processo de trabalho mais adequado para a estratégia de implantação da Atenção Básica instalada no Brasil. No entanto, os documentos oficiais do Ministério da Saúde e a Constituição Brasileira de 1.988, que regulamentam o SUS e a Estratégia de Saúde da Família, não trazem especificações claras de como deve ser realizado o trabalho das equipes de saúde da família, deixando a parte prática da gestão a cargo dos membros das equipes. Como não existe nenhuma exigência de capacitação para o trabalho na Estratégia de Saúde da Família, não há padronização do pensamento acerca da gestão de trabalho; e muitas vezes a própria interpretação das leis orgânicas (8.080 e 8.142) já é suficiente para gerar conflito de idéias e formas diferentes de gestão.

O estudo da bibliografia referente às práticas de atenção primária e Estratégia de Saúde da Família foram os referenciais teóricos a partir dos quais esse trabalho foi embasado; buscando conhecer esse modelo de APS baseado na família como unidade elementar e construído operacionalmente na esfera comunitária.⁴

Esse estudo traz uma análise crítico-reflexiva acerca da APS em Florianópolis, buscando evidenciar e medir em que grau os propósitos da ESF foram alcançados e as metas

iniciais atingidas. A discrepância entre o previsto e o realizado será a informação chave da análise que poderá orientar futuras tomadas de decisões a respeito de melhorias na qualidade dos serviços.

O trabalho contempla uma combinação de abordagens qualitativa e quantitativa, que é reconhecida para a maioria dos autores como a maneira de avaliar programas de saúde de forma mais abrangente, em função de suas características: caráter coletivo, com a participação de diversos profissionais, conhecimentos e práticas e complexidade dos fenômenos identificados. No estudo ficou evidente que a gestão, a avaliação das práticas de trabalho e o planejamento em equipe podem ser considerados instâncias convergentes, já que nada mais são do que etapas do processo da assistência primária em saúde, co-gerida pela equipe multiprofissional e baseada na prática diária de um contexto comunitário.

As equipes de saúde da família estão implantadas em Florianópolis, urge fazer funcioná-las como tal. Não existe uma Estratégia Saúde da Família “pronta”, como se fosse uma receita de bolo. A realidade urbana é complexa, porém impele todos os envolvidos a uma nova forma de pensar e agir: a avaliação da APS tem a função primordial de produzir saúde para todos.

2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

“Pensar a saúde hoje passa então por pensar o indivíduo em sua organização da vida cotidiana, tal como esta se expressa não só através do trabalho mas também do lazer – ou da ausência -, por exemplo, do afeto, da sexualidade, das relações com o meio ambiente. Uma concepção ampliada da saúde passaria então por pensar a recriação da vida sobre novas bases.”⁵

Segundo a epígrafe citada, observamos a necessidade de criação de um sistema de atenção à saúde que seja capaz de atingir esses objetivos, tendo um papel crucial de cuidado e cura e ,além disso, de melhora na qualidade da saúde, mesmo em face de notáveis iniquidades na distribuição de riquezas. A nova visão de saúde da OMS, distintamente da definição clássica de saúde como completo bem estar biopsicossocial, aponta com clareza para um conceito ampliado de saúde: a saúde passa a ser vista como a medida que o indivíduo ou grupo é capaz, por um lado, de realizar aspirações e satisfazer necessidades e, por outro, de lidar com o meio ambiente. A saúde é, portanto, vista como um recurso para a vida diária, não o objetivo dela.

Em 1977, a Assembléia Mundial de Saúde decidiu unanimemente que a meta social dos países seria a obtenção de um nível de saúde à todos os cidadãos que lhes permitisse levar uma vida social e economicamente produtiva; foi aqui que se enunciaram os primeiros preceitos a cerca de atenção primária, sendo sua definição inicial construída na conferência de Alma Ata, 1979:

“Atenção essencial à saúde baseada em tecnologia e métodos práticos, cientificamente comprovados e socialmente estáveis, tornados universalmente acessíveis a indivíduos e famílias na comunidade por meios aceitáveis para eles e a um custo que tanto a comunidade como o país possa arcar em cada estágio de seu desenvolvimento, um espírito de autoconfiança e autodeterminação. É parte integral do sistema de saúde do país, do qual é função central, sendo o enfoque principal do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. É o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde o mais próximo possível do local onde as pessoas vivem e trabalham, constituindo o primeiro elemento de um processo de atenção continuada à saúde.”

O estabelecimento de APS como modelo assistencial se dá sob a forma de acesso principal ou porta de entrada ao sistema de saúde. Importante ressaltar que não é a única entrada, já que os pronto atendimentos e emergências também podem servir como porta de

entrada e coordenar o cuidado com os demais níveis de atenção.⁶ No entanto, só na APS é possível que ocorra a longitudinalidade do cuidado (cuidado integral de um grupo de pessoas com vários problemas diferentes por uma mesma equipe de profissionais ao longo de grande tempo)⁷ e também a coordenação do cuidado, com estabelecimento de acompanhamento e possível compartilhamento do usuário com outros níveis de atenção ou outros serviços de saúde. Espera-se da APS uma resolatividade em torno de 80% dos problemas que a ela chegam, sendo capaz de resolver problemas de saúde segundo a epidemiologia e incidência locais, sendo que apenas 3-5% destes necessitarão de cuidados de especialistas dos níveis secundários e terciários de atenção. A APS, portanto, tem papel de porta de entrada e coordenação do cuidado, acompanhando quando necessário os pacientes dentro dos diferentes níveis de atenção do sistema de saúde e fazendo a manutenção longitudinal do cuidado.

Estudos comprovam que um sistema com forte orientação primária tem impactos positivos sobre os indicadores de saúde dos países e sobre a qualidade de serviços prestada pelos sistemas de saúde, e que essas alterações não estão relacionadas estritamente às condições sócio-econômicas das nações, pois mesmo entre nações ricas, como o Reino Unido e os Estados Unidos da América, é possível observar diferenças nos indicadores de saúde. O primeiro, com maior orientação primária, possui melhores indicadores que o segundo, e com um gasto muito menor em saúde. Por isso, a APS não é uma “medicina pobre para pobres”, mas sim um modelo assistencial de alicerces firmes e comprovadamente efetivo.⁸

A APS ainda é o modelo assistencial de melhor relação custo benefício financeira: quanto menor o número de fontes de financiamento, maior o rendimento e a capacidade de controle; quanto maior a presença do setor privado, menor controle e rendimento; formas de remuneração médica por salário, captação ou por intermédio de terceiros, menos onerosas que o pagamento por ato prestado ou diretamente pelo paciente.⁹ Essas informações levam ao pensamento de que é provável que a obtenção da efetividade e equidade exija um sistema de saúde tenha uma forte orientação para a atenção primária.⁸

Para que se possa entender como está se dando a implantação desse modelo de serviço, tenhamos em mente a mudança do contexto nacional, as mudanças no pensamento acerca do processo saúde-doença e a necessidade premente de um modelo assistencial que abranja um pensamento mais amplo do que apenas a prática curativista biomédica, desenvolvida em contexto liberal privado e ou securitário, fortemente influenciado pelo hospital e pelas especialidades médicas.¹⁰ A concepção atual de atenção primária no Brasil almeja superar a antiga proposição de caráter exclusivamente centrado na doença e se desenvolver por meio de práticas clínicas, gerenciais e sanitárias, democráticas e

participativas, sob a forma de trabalho em equipes multidisciplinares – as equipes de saúde da família. Seus princípios fundamentais são: integralidade, qualidade, equidade e participação social. Ela nasceu vinculada à criação do Sistema Único de Saúde (SUS), em 1988¹¹, foi fruto da luta pela redemocratização do país e particularmente da mobilização social que formou o chamado movimento da Reforma Sanitária, o qual em 1986, com a 8ª Conferência Nacional de Saúde, conseguiu traçar diretrizes para a construção do SUS. Tal movimento almejava a construção de um sistema nacional de saúde universal e baseava-se, além das diretrizes e experiências internacionais, em várias experiências pioneiras municipais e ou universitárias de organização do cuidado centrado na APS no Brasil.

A criação e regulamentação do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1988 é um marco na história da saúde pública brasileira ao garantir em lei o direito universal à saúde.¹¹ A fim de consolidar estes princípios na Atenção Básica, cria-se em 1994 o Programa de Saúde da Família (PSF), posteriormente rebatizado de Estratégia Saúde da Família (ESF), cujos objetivos baseiam-se na melhoria do acesso ao sistema como um todo e na criação de vínculo de uma população a uma equipe de saúde.

Consolidado o PSF, a ESF foi consagrada em 2006 através da Política Nacional e Atenção Básica (PNAB), em que ficou definido o formato básico proposto para a APS brasileira: equipes multiprofissionais compostas por um médico, um enfermeiro, um ou dois técnicos de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde (ACS) (numa proporção de um para no máximo 750 pessoas), podendo haver equipe de saúde bucal com um dentista e seu auxiliar.¹² Esta equipe deve se responsabilizar por uma área geográfica definida em que uma população de 3000, no máximo 4000 pessoas residem, e o conjunto do trabalho das equipes deve substituir o modelo assistencial anterior centrado em Centros de Saúde com caráter inicialmente preventivo e educativo, que aos poucos foram absorvendo funções clínicas e epidemiológicas inicialmente restritas a doenças de relevância epidemiológica – num marco referencial hegemonicamente biologicista.¹³

Mediante a adscrição de clientela, as equipes de Saúde da Família estabelecem vínculo com a população, possibilitando o compromisso e a co-responsabilidade destes profissionais com os usuários e com a comunidade, viabilizando e enfatizando a longitudinalidade.

A descentralização, uma das diretrizes organizativas da regulamentação do SUS, foi a marca registrada da atenção primária em saúde no Brasil e, é considerada uma das experiências mais bem sucedidas no campo da gestão pública brasileira, devido às características em que foi operada e ao tempo relativamente curto de implantação, já que o

contexto federativo era marcado por conflitos entre as esferas de governo.¹⁴ No entanto, com certeza o maior ganho que a ESF trouxe à população foi a ampliação do acesso a um conjunto de serviços e ações de saúde regidos em nível municipal, com o trabalho em equipe. Essas ações têm também permitido uma maior adequação à demanda local, gerando um atendimento mais integral e personalizado.

O trabalho de equipes da Saúde da Família é o elemento chave para a busca permanente de comunicação e troca de experiências e conhecimentos entre os integrantes da equipe e desses com o saber popular do Agente Comunitário de Saúde (ACS) e dos usuários. A atuação das equipes deve ocorrer principalmente nas unidades básicas de saúde, nas residências e na mobilização da comunidade. Espera-se o estabelecimento de vínculos de compromisso e de co-responsabilidade com a população, já que não é só o profissional de saúde que tem responsabilidade sobre a saúde do indivíduo, mas também o próprio indivíduo e toda a rede assistencial e familiar. A saúde passa a ser um bem comum da equipe com o usuário. Divide-se a responsabilidade sobre a manutenção da saúde, fomentando a autonomia individual e comunitária e também estimulando os integrantes da equipe a atuarem na construção e co-gestão de seu processo de trabalho.⁶

Para que sejam atingidos os objetivos da APS é preciso que a equipe trabalhe com uma visão ampliada da clínica, levando em conta os determinantes sociais do processo saúde doença, em que é o caminho terapêutico compartilhado entre a equipe de saúde da família e o usuário, sendo que o mérito maior é do usuário, e não da equipe, como era de se esperar num método unicamente curativista. A clínica ampliada não segue protocolos rígidos nem receitas prontas, ela almeja unir o subjetivo com o objetivo, o biomédico e o saber popular. Deve trabalhar com uma pluralidade de verdades, não só as verdades médicas, considerando o contexto sócio-econômico-cultural das comunidades, os processos de adoecimentos como quadros únicos/singulares e que devem ter cuidados/tratamentos igualmente singulares, sem que o objetivo principal seja o diagnóstico mas sim ajudar o indivíduo/comunidade a uma terapêutica eficaz e integral.¹⁵

Segundo a Política Nacional de Atenção Básica¹⁶, o processo de trabalho das equipes de saúde deve contemplar as seguintes características: definir precisamente seu território de atuação e nele atuar, cadastrando as famílias sob sua responsabilidade, desenvolver parcerias intersetoriais e com outras organizações e instituições sociais e comunitárias (especialmente visando à promoção da saúde), analisar a situação de saúde de sua área/população adscritas considerando características sociais, sanitárias, econômicas, culturais, demográficas e epidemiológicas; atuar interdisciplinarmente no cuidado aos usuários e famílias numa

perspectiva ampliada do processo saúde-doença, valorizando os diversos saberes técnicos e populares, cultivando vínculos e valores solidários, de co-responsabilização, ética e cidadania; avaliar as ações implementadas visando readequação do processo de trabalho; estimular a participação popular na gestão dos serviços e conselhos de saúde; prover cuidado à saúde com acesso fácil à população adscrita; integrar ações de cuidado clínico e reabilitação com prevenção e promoção da saúde, individual e coletiva, equilibrando ações programáticas com demanda espontânea; realizar atendimento e acompanhamento domiciliar quando necessário; realizar ações coletivas visando educação, promoção, cuidado e auto-cuidado; realizar educação permanente da equipe de modo a aumentar a resolutividade e a competência dos profissionais para o melhor cuidado integral possível.¹³

A melhora expressiva dos indicadores de saúde registra uma das conquistas da ESF quanto à universalização do acesso:

*“O aumento da cobertura das ações primárias (cobertura vacinal, atenção integrada à saúde da criança, prevenção do câncer do colo uterino, tratamento da hipertensão arterial e do diabetes), redução da mortalidade infantil e da mortalidade proporcional por doenças infecciosas, o aumento da esperança de vida ao nascer e a redução das taxas de natalidade (mesmo sem uma política agressiva de controle) demonstram que a população vem obtendo um maior acesso à atenção em saúde.”*¹⁷

Constatações como a acima confirmam, cada vez mais, que a ESF deve ser entendida como uma política de “Estado” e não apenas um programa de saúde efêmero, ou seja, ficará incorporada e mantida independente do partido político vigente, pois é através dessa estratégia que a atenção básica vem sendo re-estruturada no SUS. A adoção da ESF pelo MS, com a criação de incentivos financeiros aos municípios que a implantam, contribuiu e ainda contribui para que essa seja a principal maneira de implantação da atenção primária no país.

Em Florianópolis, a implantação da Estratégia Saúde da Família se deu em torno de 1994, com relativo atraso em relação a municípios de porte semelhante. No entanto, comparado a âmbito nacional, o atraso não é notório, já que 83% dos municípios implantaram o programa (na época ainda não era considerada uma estratégia de governo) em 1997 e 1998. Houve em Florianópolis rápida expansão e presença maciça do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

Avaliando a trajetória da implantação do ESF em Florianópolis, conclui-se que o problema central da mesma está nos recursos humanos: há uma tendência da manutenção da gestão de trabalho antiga, mantendo um sistema curativista e com trabalho em equipe dificultado pela segregação das tarefas, não co-gestão e sem a divisão das responsabilidades e

dos méritos. As equipes, além disso, estão sobrecarregadas, pois a população adscrita por área não corresponde aos valores preconizados pelo ministério, estando inadequado quanto ao número de equipes/famílias.¹⁸

Estudos anteriores concluíram que a ESF na capital de Santa Catarina apresentava resultados positivos na integralidade quanto à incorporação de práticas preventivas e de promoção à saúde; no entanto, quanto ao caráter completo do cuidado seria importante ampliar o leque de ações e programas, para melhorar a qualidade do serviço prestado. Os impactos positivos se davam, em grande monta, à maciça presença do trabalho dos ACS que se responsabilizam pelas visitas domiciliares e acompanhavam de perto a população e grupos prioritários em específico, o que aumentava a sensação de integralidade do atendimento, especialmente do ponto de vista do usuário.¹⁸

Segundo dados da direção do Departamento de Atenção Primária de Florianópolis, em 2004 havia uma cobertura pela Estratégia de Saúde da Família de 40% da população e de 20% pelas Equipes de Saúde Bucal; em 2009 esses dados são de 80% pelas ESF e 76% pela saúde bucal. Apenas em 2007 que Florianópolis implantou as UPA, até então trabalhava apenas com atenção primária como porta de entrada do SUS associada aos pronto atendimentos hospitalares.

O acelerado crescimento da estratégia Saúde da Família e os investimentos recentes na sua expansão após 13 anos de implementação trazem a necessidade de reflexão sobre sua concepção, operacionalização e sustentabilidade. Também demanda a constituição de espaços de atuação destinados a assegurar a qualidade do seu desenvolvimento e da atenção à saúde prestada pelas equipes. Para tal é desejável e necessária a participação de todos os atores envolvidos na organização da estratégia e nos seus processos de trabalho, a fim de desenvolver metodologias e ferramentas para as ações de monitoramento, avaliação e qualificação das ações e serviços oferecidos, incluindo os aspectos organizativos e operacionais.

A utilização de processos avaliativos, entendidos como ação crítico-reflexiva contínua, desenvolvida sobre a organização, o funcionamento, os processos e práticas de trabalho da gestão e do serviço, contribui efetivamente para que gestores e profissionais tenham informações e adquiram conhecimentos necessários à tomada de decisão voltada ao atendimento das demandas e necessidades de saúde com qualidade, para o alcance da resolubilidade do sistema e satisfação dos usuários.¹⁹

3. OBJETIVO

3.1 Objetivo principal

Descrever e avaliar a implantação do processo de trabalho da Estratégia Saúde da Família na rede básica ou atenção primária de Florianópolis.

3.2 Objetivos secundários

3.2.1. Analisar algumas características do trabalho da ESF existente no município, quanto à equipe, ao processo de adscrição de usuários, presença de outros profissionais somados à equipe;

3.2.2. Caracterizar alguns aspectos da infra-estrutura das equipes de saúde da família e da gestão do trabalho na Estratégia Saúde da Família;

3.2.3. Descrever e categorizar o processo de trabalho das equipes, identificando as ações e atividades desenvolvidas, a partir de critérios caracterizadores da Estratégia Saúde da Família e da atenção primária à saúde, como: existência de área adscrita e rotina de trabalho em função desta área; existência de VD de rotina, com seguimento dos casos adscritos que exigem ações extra unidade (acamados etc...); existência de momento de discussão entre os membros da equipe para discussão de casos e problemas; elaboração de projetos terapêuticos individuais ou coletivos de rotina (reuniões de equipe); existência de esquema montado para acesso fácil dos usuários adscritos em intercorrências e urgências (esquema de acolhimento), dentre outros.

4. MÉTODOS

Este é um estudo avaliativo exploratório, com delineamento transversal, qualitativo, estruturado a partir de coleta de dados realizada através de entrevistas dirigidas e observação direta, descrevendo e avaliando alguns quesitos de processo de trabalho das equipes de saúde da família.

O estudo foi delineado de acordo com as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina (Projeto nº 170/09 FR – 268401). (Apêndice IV)

4.1. Amostra:

O universo pesquisado foi a totalidade das unidades básicas de saúde do município de Florianópolis. Elas foram visitadas após prévio agendamento com um dos profissionais das mesmas (preferencialmente o coordenador da unidade e ou, se necessário, outro profissional de uma Equipe de Saúde da Família), que foram entrevistados, conforme o roteiro de questões descrito no Anexo II.

As unidades foram divididas por regionais, e agrupadas em tabelas, aleatoriamente, sem que fossem identificadas por localidade, para que se mantivesse o sigilo das informações fornecidas durante as entrevistas, evidenciando apenas a gestão de trabalho em si, sem referenciar à ULS.

4.2. Instrumento de Pesquisa:

O instrumento de pesquisa (Anexo II) foi construído a partir de dois instrumentos de avaliação reflexiva e participativa da APS e da ESF brasileiros. O primeiro deles é a AMQ – Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família, elaborado, testado e disponibilizado pelo Ministério da Saúde desde 2005.²⁰ A AMQ tem como objetivos avaliar implantação da ESF e sua qualidade de serviços, já que, a garantia da qualidade da atenção ainda é um desafio ao Sistema Único de Saúde (SUS) - considerando a necessidade da concretização dos princípios de integralidade, universalidade, equidade e participação social. A proposta da AMQ representa o compromisso institucional de contribuir para a consolidação da Política de Monitoramento e Avaliação no âmbito da Atenção Básica. O questionário propõe como metodologia nuclear, a auto-avaliação orientada por instrumentos dirigidos a

atores e espaços específicos: gestor, coordenação, unidades de saúde e equipes; situa, dessa maneira, a perspectiva interna, de autogestão, protagonizada por aqueles que desenvolvem as ações na estratégia. Orienta a formação de um diagnóstico acerca da organização e do funcionamento dos serviços e suas práticas partindo da formulação atual da estratégia Saúde da Família (princípios, diretrizes e campos de atuação) e orienta, ainda, a elaboração de planos de intervenção para resolução dos problemas verificados, de maneira estratégica; além de possibilitar a identificação dos estágios de desenvolvimento, dos aspectos críticos, assim como das potencialidades e pontos consolidados.²¹ Até setembro de 2008 o AMQ alcançou a adesão de 857 municípios, o que representa 16,5% dos municípios brasileiros com a Estratégia Saúde da Família²².

O segundo instrumento matriz utilizado foi o “Questionário para diagnóstico compartilhado da atenção básica” (Apêndice I), apresentado por Carlos Alberto Gama Pinto.²³ Esse questionário visa à criação de um tempo/espaço para as equipes exercerem a análise e co-gestão do coletivo, sendo possível, através da avaliação das questões presentes, realizar um diagnóstico ampliado do contexto sanitário local e a capacidade de intervenção da equipe, interferindo de forma importante na prática e resultado de sua atuação.

A forma de questionário facilita a colocação de questões, que abrem a possibilidade do diálogo, considerando que *“a compreensão do falado deve ser pensada a partir da situação de diálogo, e isto significa em última instância, a partir da dialética de pergunta e resposta, na qual nos entendemos e pela qual articulamos o mundo comum.”*²⁴

Este instrumento foi utilizado pelas equipes dos alunos do curso nas cidades de Campinas e sua Região Metropolitana (SP), Guarulhos (SP), Fortaleza (CE) e algumas cidades da Baixada Fluminense (RJ). Os relatos de sua utilização pelas equipes demonstraram grande sucesso em promover os encontros dos profissionais das equipes de saúde da família em torno de uma tarefa, ajudando a formação da equipe enquanto grupo operativo.

O Questionário para Diagnóstico Compartilhado da Atenção Básica incorpora, além das questões mais clássicas pertinentes à avaliação de uma unidade de atenção básica de saúde (e em especial de uma unidade de saúde da família), as questões que mais fortemente determinam uma ampliação da clínica e uma democratização da gestão local.

Ambos os questionários avaliativos foram concebidos para uso compartilhado por toda a equipe de Saúde da Família, em um contexto de estímulo à auto-avaliação e reflexão sobre os processos de trabalho vigentes. Como tal tipo de participação, embora desejável, seria impeditiva por questões de viabilidade para a presente pesquisa, eles foram adaptados e

simplificados para uso em uma entrevista estruturada com partes semi-estruturadas e abertas com coordenadores de serviços de APS e profissionais das ESF de Florianópolis.

4.3. Coleta de Dados:

A coleta de dados foi realizada através de entrevista dirigida aos coordenadores da ULS ou qualquer membro das ESF dispostos a participar do estudo. O participante deve assinar o TCLE – termo de consentimento livre esclarecido (Anexo I) – após a leitura do conteúdo do mesmo, sendo esta feita pela pesquisadora e/ou participante. Após a confirmação do desejo de participar é assinado o TCLE e é dado início ao questionário em si. Importante ressaltar que o participante fica com uma cópia do TCLE assinado pela pesquisadora, para posterior contato, se necessário, para retirada de dúvidas posteriores à pesquisa ou desistência da mesma.

A entrevista é realizada pessoalmente, pela pesquisadora, que lê as questões e esclarece quaisquer dúvidas à cerca da interpretação das mesmas. As respostas são anotadas no próprio instrumento de pesquisa impresso, assim como outros dados relevantes cedidos pelos entrevistados, juntamente com as observações feitas pela pesquisadora a cerca da questão da dinâmica de trabalho, confiabilidade das respostas e informações visuais do processo de trabalho da equipe.

4.4. Definição das variáveis, categorização dos dados:

Após as entrevistas, os resultados foram tabulados e analisados através de estatísticas descritivas simples e à luz das reflexões, das observações feitas no local e das respostas às entrevistas. As respostas das questões abertas foram reunidas e categorizadas por sua semelhança de conteúdos, constituindo material para a análise qualitativa do presente trabalho.

As tabelas trazem os dados por regional de saúde que são cinco: Regional Centro, Regional Continente, Regional Leste, Regional Norte e Regional Sul. As ULS são listadas nas tabelas sob a forma de números, para que não seja quebrado o sigilo das entrevistas, já que o que importa é o dado em si, sobre gestão de trabalho e organização das atividades e não a ligação do dado a uma unidade específica, preservando assim, a identidade das unidades sem caracterizar as regionais de saúde e a gestão de ESF como um todo na cidade de Florianópolis.

Foram criados treze grupos de tabelas (Lista de Tabelas) nos quais as informações obtidas foram agrupadas por semelhança de conteúdo, que seriam:

4.4.1. Grupo de Tabelas 1: Dados gerais quali e quantitativos acerca da composição das ESF – recursos humanos/membros da ESF – além de informações acerca das microáreas descobertas – causas e número de microáreas descobertas, sobre os médicos que trabalham na rede de atenção primária – carga horária e se estão ou não incluídos nas ESF, além de informações sobre os demais trabalhadores da rede de atenção básica de Florianópolis.

As informações são dispostas por ULS e também por regionais de saúde, e posteriormente foram comparadas entre si na análise dos dados.

4.4.2. Grupo de Tabelas 2: Dados acerca da prática de adscrição da clientela das ESF; as informações foram classificadas em três categorias de adscrição: agenda, acolhimento e VD. Os dados são separados ULS e por regional. Posterior à tabulação, foram submetidos ao confronto para a análise das informações.

4.4.3. Grupo de Tabelas 3: Dados acerca dos números da população da área adscrita para cada ULS, por regionais, fornecidos pelo IBGE e os compara com os números fornecidos pelos cadastros realizados pelos ACS; a tabela evidencia ainda o percentual de cobertura de microáreas na ULS.

4.4.4. Grupo de Tabelas 4: Dados acerca da gestão do trabalho nas ULS de Florianópolis. Essa tabela contém informações sobre os momentos de reunião da ULS, a frequência desses momentos de troca entre os trabalhadores de saúde e, também, se há participação de todos os ACS nessas reuniões; o mesmo é levantado sobre as reuniões de ESF.

4.4.5. Grupo de Tabelas 5: Esse grupo de tabelas foi criado baseado em questões semi-estruturadas e abertas e, com base na semelhança das respostas foram criadas uma tabelas que contemplaram informações acerca do modo como as ESF faziam o acolhimento – interdisciplinarmente, atendimento em conjunto, se existe equipe específica só para realização de acolhimento, se a ESF se reveza para fazer acolhimento, se é aberto ou é por área de abrangência de cada ESF. Os dados são dispostos por ULS e por regional de saúde.

4.4.6. Grupo de Tabelas 6: Esse grupo de tabelas foi estruturado com base nos dados coletados a partir de perguntas semi-estruturadas e abertas sobre as formas de agendamento; as respostas semelhantes foram agrupadas e, a partir desses grupos foram criadas as seguintes categorias: agenda aberta, marcação semanal, marcação quinzenal e mensal. Além do tipo de marcação, foi avaliado também o tempo máximo de espera por uma consulta agendada (eletiva).

4.4.7. Tabela 7: Dados acerca da reserva de vagas para atendimento de ações programáticas – idosos, gestantes, puericultura, diabéticos, hipertensos – por regionais de saúde.

4.4.8. Grupo de Tabelas 8: Dados acerca das visitas domiciliares quanto à periodicidade e sobre os membros da ESF que participam das VD . Os dados são tabulados por ULS e por regionais de saúde.

4.4.9. Grupo de Tabelas 9: Esse grupo de tabelas contempla uma comparação entre os dados de matriciamento das regionais de saúde quanto à forma de atendimento nas consultas de matriciamento – se o especialista atende conjuntamente com a ESF ou parte dela; se o especialista atende casos encaminhados pela ESF; se existe agenda própria para o matriciador, ou seja, a população pede para marcar na agenda do especialista caso sinta necessidade, mesmo sem encaminhamento prévio; se há reunião de matriciamento para discussão dos casos – a presença de um modelo não exclui a presença de outros, por isso a tabela foi criada de forma que permitisse que mais de um modelo fosse assinalado. Essa tabela contempla informações acerca das especialidades que matriciam as ULSs, por regional. A escolha das variáveis (especialidades) foi feita após a coleta dos dados e tabulação dos mesmos, sendo eleitas sete variáveis – as mais frequentemente citadas: psiquiatria, psicologia, pediatria, ginecologia e obstetrícia, geriatria, dermatologia e nutrição.

4.4.10. Grupo de Tabelas 10: Esse grupo de tabelas foi criado com base em dados obtidos através de questões abertas associadas a questões semi-estruturadas sobre a prática de Projeto Terapêutico Individual (PTI). Foram analisados tanto a existência ou não dessa prática pelas ESF quanto o momento em que ela ocorre. A pergunta sobre PTI era aberta e as respostas semelhantes foram agrupadas formando as variáveis das tabelas: reuniões de ESF, matriciamento ou em outro momento específico.

4.4.11. Grupo de Tabelas 11: Esse grupo de tabelas reúne informações sobre a prática de educação permanente como uma das atividades da rotina das ESF. As variáveis avaliadas correspondem às respostas mais frequentes às questões abertas sobre o tema. Foram avaliadas a existência da prática de educação permanente e se essa ocorre nas reuniões da ESF, no matriciamento ou em outro momento.

4.4.12. Grupo de Tabelas 12: Esse grupo de tabelas reuniu os dados acerca da realização de grupos, trazendo como variáveis os tipos de grupos mais frequentes nas respostas, que são: grupo de gestantes, de tabagismo, de hipertensos e de diabéticos, ainda deixando a opção outros; e também estão dispostas informações com relação a adscrição dos

grupos por área ou se são abertos para toda a ULS. As informações estão dispostas por ULS e por regionais de saúde.

4.4.13. Grupo de Tabelas 13: Esse grupo de tabelas contempla dados acerca da existência de práticas de medicina dita “complementar” – acupuntura, homeopatia, fitoterapia – e quem é o responsável pela prática – médico, outro profissional. Os dados são distribuídos por ULS, e por regionais de saúde.

5. RESULTADOS E ANÁLISE

O universo da ESF da cidade de Florianópolis é constituído de quarenta e sete (47) ULS dispostas em cinco (5) regionais de saúde: Centro, Continente, Leste, Norte e Sul. Segundo a Prefeitura Municipal de Saúde²⁵ a divisão dessas regionais é feita através de parâmetros geográficos, e a divisão das áreas é feita de forma que cada Equipe de Saúde da Família (ESF) atenda uma população de 3.500 a 4.000 habitantes por ESF.

Foram confeccionadas tabelas sintetizadoras das informações para a visualização dos resultados e análise dos dados, e os mesmos foram distribuídos em cinco blocos de dados. A disposição e lógica destes blocos é a seguinte: estrutura das ESF, relação com a clientela, meios e atividades de trabalho, gestão do trabalho e apoio à ESF, adiante descritos.

5.1. Estrutura das equipes

Dentre os muitos quesitos necessários para uma boa estrutura e funcionamento das ESF, foram avaliados os seguintes tópicos, considerados elementares: população adscrita por equipe (em função de duas fontes de dados), completude das equipes e causas mencionadas de incompletude, presença, carga horária e atividades dos médicos nas ULS.

5.1.1. Perfil da rede: Existem 99 equipes de saúde da família (ESF) distribuídas pelas 47 ULS (Grupo de Tabelas 1). Essas equipes atendem uma população de 357.715 habitantes²⁵ (dados do IBGE 2008), o que representa um número aproximado de 3.600 habitantes por ESF. No entanto, no presente estudo foi levantado o valor de 405.870 habitantes - dado proveniente dos cadastros realizados pelos ACS nas ULS (Grupo de Tabelas 3). Assim sendo, supondo a existência de cadastramento total da população pelos ACS nas ESF existentes, o número de habitantes por equipe seria de aproximadamente 4.100, ultrapassando o valor máximo preconizado pela Estratégia Saúde da Família. Porém, os cadastros das ACS não estão completos, ou seja, os números trazidos pelos cadastros populacionais estão subestimados, dado que a média de microáreas com ACS trabalhando é de aproximadamente 76% do total. Qualquer que seja o número total dos usuários reais da Estratégia Saúde da Família do município, certamente a média de 3000 e o máximo de 4000 usuários prevista pela PNAB (volume já considerado excessivo e muito além da maioria dos países com APS estruturada), é frequentemente ou mesmo quase sistematicamente ultrapassada.²⁶

Foram avaliadas ainda as causas mais frequentes da falta de ACS em atividade e foi evidenciado que a falta de novas contratações foi a causa mais frequente, com mais de 50% de incidência no geral, porém com substanciais diferenças entre as regionais de saúde. (Gráfico 1)

Os profissionais referiram que a demora para realização de novos concursos públicos atrasa a contratação de novos ACS e com isso, as ULS perdem em cobertura das áreas (Gráfico 2).

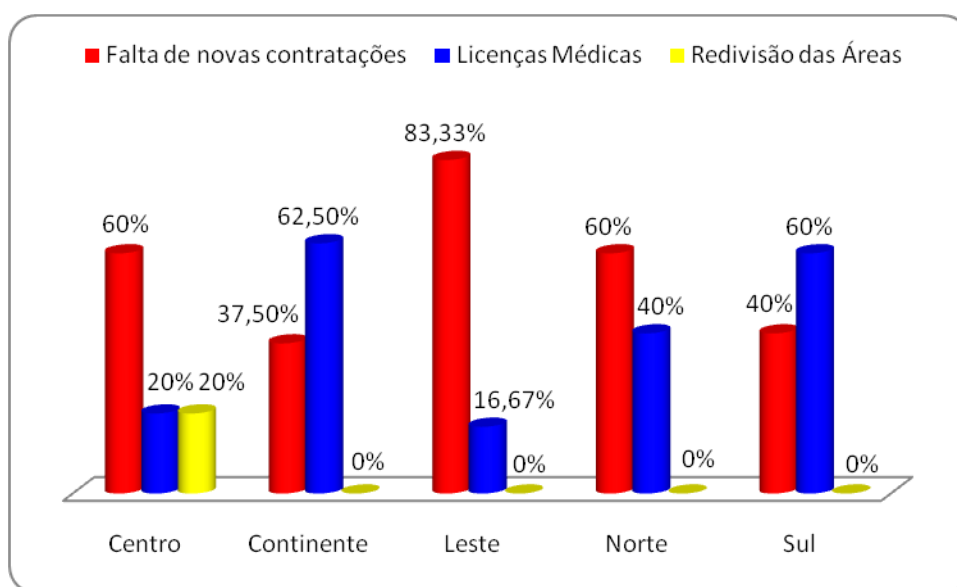


Gráfico 1: Dados acerca da falta de ACS trabalhando na áreas descobertas. As causas relatadas são: problemas em fazer novas contratações, licenças médicas e redivisão de áreas, que exigiriam contratação de mais profissionais para formar as novas equipes – esses dados estão sob a forma de cores, melhor especificadas na figura; as regionais de saúde estão dispostas no eixo das abscissas.

Há consenso sobre a importância do cadastro de saúde da população e vinculação das famílias à equipe local de referência, que é realizado através da ação dos ACS com o apoio das ESF. Isso só vem a reafirmar a importância da cobertura total das áreas das ULS como necessidade para a implantação completa da Estratégia Saúde da Família como modelo de APS eficaz.²⁷

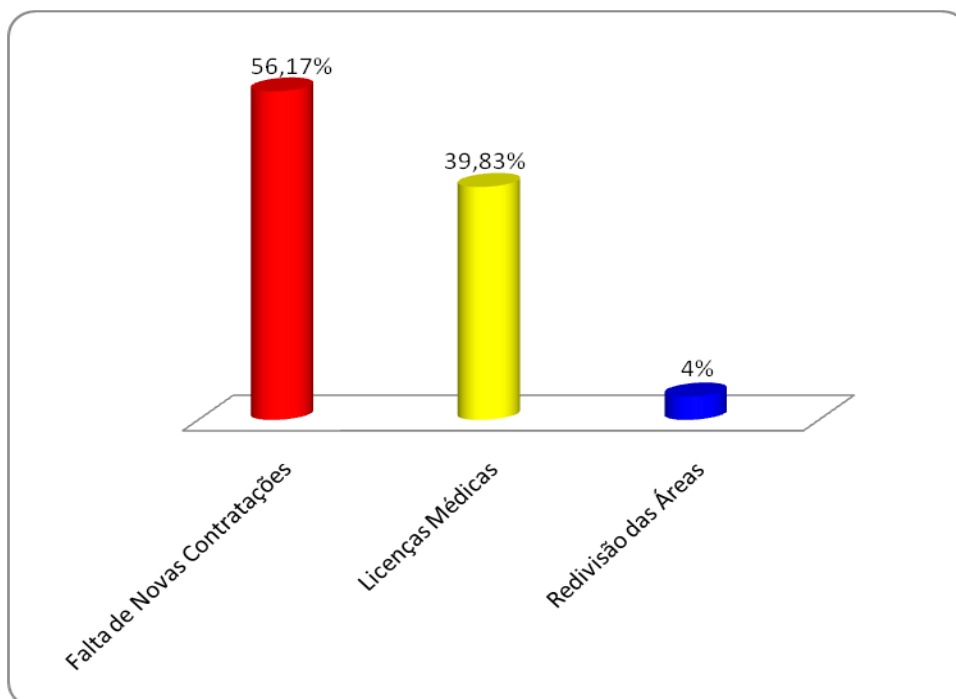


Gráfico 2: Dados acerca da falta de ACS trabalhando na áreas descobertas na cidade de Florianópolis de uma forma geral, 2º os relatos de causas para o problema: problemas em fazer novas contratações, licenças médicas e redivisão de áreas, que exigiriam contratação de mais profissionais para formar as novas equipes – essas variáveis são trazidas sob a forma de cores na figura.

Em algumas ULS, as ACS se revezavam para poder atender minimamente as microáreas sem ACS contratados, realizando buscas ativas e fazendo visitas domiciliares (VD) em locais que não correspondem a sua abrangência, para não deixar a população completamente sem assistência. Segundos os informantes, na época de atualização dos cadastros, o trabalho aumenta muito. Dependendo da demanda local, muitas ACS deixam de participar das VD com as ESF para poderem cadastrar a população das microáreas sem ACS trabalhando, pois acreditam que ao enviar dados reais à secretaria municipal de saúde, agilizam o trabalho da prefeitura em acelerar a abertura de novos processos seletivos de ACS. Nem sempre as ULS conseguem levantar cadastros completos de suas áreas, o que dificulta fazer uma análise real da necessidade de formação de novas ESF.

5.1.2. Perfil dos Profissionais: Os profissionais que compõem as ESF foram levantados e muitas particularidades foram encontradas, especialmente com relação ao horário de trabalho e as funções exercidas pelos médicos. (Tabela 1.7).

Algumas ULS são compostas de maneira muito diferente do que é preconizado pela Política Nacional da Atenção Básica – PNAB para a ESF. Existem ULS com equipes de profissionais destinadas apenas ao trabalho de acolhimento e consultas de intercorrências, ou seja, não é feito acolhimento por área. Em outras ULS há o “dia do acolhimento” – nesse dia, uma das ESF é responsável pelo acolhimento da população e pelas consultas de emergência, deixando de trabalhar na sua área de abrangência em outros tipos de atividades. Há também profissionais “extras” contratados apenas para realizar avaliação de risco e necessidade de consulta médica, como técnicos ou enfermeiros; em quatro há somente o PACs (Programa de Agentes Comunitários de Saúde) e não ESF (Grupo de Tabelas 1). Nesses locais as ULS possuíam equipes incompletas e/ou médicos que realizavam menos de 40 horas de trabalho por semana.

Tabela 1.7. Dados acerca do número de ESF, número de médicos que trabalham 40h semanais, número de médicos que trabalha menos que 40h semanais e número que médicos contratados para o atendimento de intercorrências na ULS (independente da carga horária); esses dados estão dispostos na 1ª linha da tabela, enquanto que as regionais formam a 1ª coluna, à esquerda na tabela.

Regionais	ESF	Médicos 40h/sem	Médicos < 40h/sem	Médicos p/ Intercorrências
Centro	12	13	1	3
Continente	21	20	0	2
Leste	19	18	1	7
Norte	22	20	0	0
Sul	25	23	2	0
Total	99	94	4	12

Outro achado surpreendente foi que, na maioria das ULS (não foi possível estimar a porcentagem, devido à ignorância dos informantes sobre o assunto) os técnicos eram considerados apenas trabalhadores das ULS e não como componentes da ESF. Assim sendo, eles eram excluídos dos momentos de VD, das reuniões de equipe, da criação de projetos terapêuticos e dos grupos. Eles faziam atendimento aos usuários sem adscrição e não tinham os profissionais locados nas ESF. A carga horária dos técnicos também varia muito – de 20 à 40h/semanais, sendo que alguns deles estão em desvio de função, trabalhando como auxiliares de consultório odontológico ou na marcação das consultas.

Apesar de as tabelas trazerem valores que coincidem com os referencias teóricos esperados para o número de profissionais por ESF nas ULS, as observações diretas realizadas durante as visitas às ULS mostravam que nem sempre os profissionais contratados trabalhavam efetivamente nas ESF; muitas vezes, os profissionais trabalhavam sem respeitar adscrição de área, nem participavam das reuniões de ESF; sendo que a sua participação como membro da ESF era meramente burocrática. Por isso, os dados foram cuidadosamente tabulados vinculando os profissionais ao número de ESF mas deixando claro, através dos descritores, que não existe uma correlação integral entre os profissionais e sua participação nas ESF. Ficou mais claro de observar a não participação nas ESF dos profissionais que constituem os grupos de atendimento às intercorrências (pronto atendimento) (Tabela 1.7), pois esses não foram contratados para formar equipes, no entanto em muitas ULS em que os profissionais são contratados para participar da Estratégia de Saúde da Família esse trabalho não é realizado da maneira esperada, sendo que a prática de pronto atendimento indiscriminado, sem respeito de áreas por ESF é comum.

Tabela 1.8. Dados acerca do número de ESF, número de enfermeiros, técnicos de enfermagem e ACS; esses dados estão dispostos na 1ª linha da tabela e as regionais estão dispostas na 1ª coluna da tabela, à esquerda.

Regionais	ESF	Enfermeiros	Técnicos	ACS
Centro	12	17	30	70
Continente	21	26	47	124
Leste	19	24	38	76
Norte	22	27	38	97
Sul	25	28	53	124
Total	99	122	206	491

5.2. Relação com Clientela

A forma como a população é acolhida nas ULS e como se dá seu encaminhamento para os diversos serviços prestados na atenção básica constitui a relação da ESF com a clientela. Basicamente o contato com a população se dá em dois (2) momentos:

5.2.1. Acolhimento Humanizado: É uma forma de receber a população na ULS fazendo com que seja valorizada e respeitada sua individualidade e sejam identificadas suas necessidades ao procurar um serviço de saúde, facilitando o vínculo e agilizando o cuidado. Ele deveria acontecer através de uma equipe multiprofissional e de forma a respeitar e construir saberes com indivíduo, no entanto isso nem sempre ocorre.

As formas de acolhimento foram analisados primeiramente quanto a adscrição do usuários e depois quanto ao modo de operação do mesmo. O acolhimento desconectado da

adscrição de clientela transforma-se fácil e rapidamente em Pronto Atendimento, com alto caráter medicalizante.¹³ A adscrição do acolhimento justifica-se pelo conhecimento prévio dos usuários, que aumenta a personalização do cuidado e a confiança dos usuários na equipe, a segurança da avaliação de risco e vulnerabilidade, facilita a prevenção quaternária, a longitudinalidade do cuidado e a educação em saúde, tornando a intercorrência clínica mais um momento de interação e cuidado, e não uma consulta de urgência.²⁸

Na maioria das ULS visitadas (80%), o acolhimento não era feito com adscrição dos usuários às ESF: ou ele era feito por uma ESF mais disponível no momento ou havia profissionais específicos só para realizar o acolhimento da população, sem fazer parte de nenhuma das ESF, não conhecendo assim, a realidade das comunidades nem tampouco a história clínica do paciente (Tabela 5.6). Outra forma de acolhimento que foi observada foi a associação de acolhimento por área e aberto, que se dividia por horários – era separada 1 hora por período (manhã, tarde e noite) para as ESF fazerem acolhimento e atendimentos de urgência da sua área, depois desse horário existia a equipe de profissionais que só fazia pronto atendimento.

Tabela 5.6. Dados acerca da prática de adscrição do acolhimento nas regionais. Os dados são expressos em valores percentuais. A existência de acolhimento adscrito em uma regional pode coexistir com atendimento aberto, já que em algumas ULS ocorre as duas formas de acolhimento, dependendo do período do dia, ou semana.

Regional	Adscrito	Aberto
Centro	20%	80%
Continente	10%	90%
Leste	33,33%	77,78%
Norte	20%	80%
Sul	23,07%	76,93%
Total	21,28%	80,94%

Nas cartilhas da PNH é ressaltada a importância de um acolhimento humanizado, e os resultados trazidos pelo presente estudo ainda são preocupantes, sendo que cerca de 80% do acolhimento não faz adscrição às áreas, essa é uma realidade que precisa mudar. É preciso que os profissionais de saúde tenham em mente as simples frases do cordel “O dia em que o SUS visitou o cidadão”²⁹:

“João então respondeu
Eu tô gostando de ver
E o SUS lhe disse: tem mais
Melhor ainda vai ser
Se equipes e usuários
Tentarem se conhecer

Pra findar essa conversa
 Agora preste atenção
 Todas essas mudanças
 E as outras que virão
 Tem um nome bem bonito
 É a humanização.”

As três práticas de acolhimento, em seus aspectos organizativos, que foram mais frequentemente mencionadas, ou seja, os modos como os profissionais interagem e realizam o atendimento foram colocados na Tabela 5.7, e correspondem a:

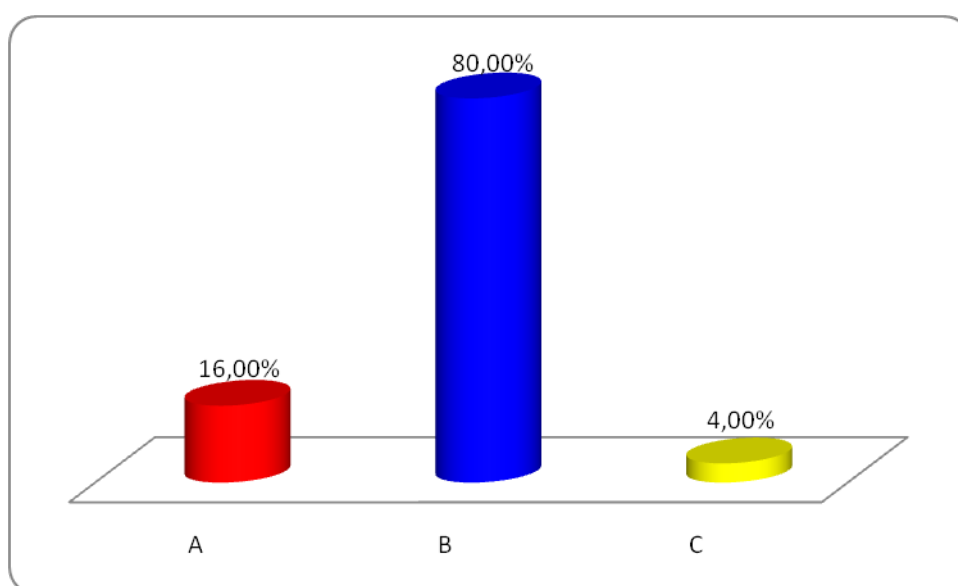


Gráfico 3: Dados acerca das formas de acolhimento da população: A. Grupo de profissionais contratados para realizar exclusivamente acolhimento, não faz parte de uma ESF; B. O acolhimento é feito por membros de uma ESF, sendo realizada avaliação de risco e avaliada necessidade de consulta médica ou resolução do problema conjuntamente ali mesmo, durante o momento do acolhimento; C. As ESF se revezam entre si e organizam o dia do acolhimento, ou seja, naquele dia aquela ESF não fará atendimento da sua área, pois estará atendendo o acolhimento da ULS. A tabela traz os dados percentuais totais para a cidade de Florianópolis.

A. Equipe própria para atendimento de intercorrências (ou, em outras palavras, pronto atendimento) chamadas de ‘equipe de acolhimento’: essa opção traz a realidade da contratação de profissionais que atendem apenas as intercorrências da ULS, não fazendo parte da formação de nenhuma ESF e por isso mesmo, não respeitam áreas adscritas e nem mesmo criam vínculo com o usuário em questão. Em algumas ULS, também é essa equipe de acolhimento (que não é uma ESF) que orienta o usuário quanto a outras demandas além das consultas de intercorrências, acolhendo o usuário na ULS. Já em outras ULS existe uma equipe de acolhimento destinada estritamente ao atendimento de intercorrências enquanto que o restante do acolhimento – direcionamento do fluxo de usuários dentro dos serviços oferecidos pela ULS, entre outros – é realizado por membros da ESF, respeitando-se a adscrição da clientela. Esse tipo de atendimento pode ser comparado ao realizado nos UPA ou emergências gerais dos hospitais. Essa prática foi relatada em 16% das ULS de Florianópolis.

B. Atendimento em conjunto com a ESF: nesse acolhimento existe um profissional que realiza a avaliação de risco do usuário que procura a ULS em busca de uma consulta, depois dessa avaliação o profissional em questão orienta esse usuário e pode ou não chamar outro profissional que componha a ESF à qual o usuário é adscrito para que resolvam o problema conjuntamente. No entanto é importante ressaltar que nem sempre essa prática é realizada respeitando-se a área de abrangência, pois em muitas ULS o profissional que realiza a primeira abordagem ao usuário é algum dos profissionais que esteja disponível no momento do surgimento da demanda, por exemplo, um enfermeiro de qualquer ESF avalia o usuário e depois chama o médico da área à qual o paciente faz parte para ajudar na tomada de conduta. Em algumas ULS essa prática é adscrita, mas não em 100% delas. Essa prática foi referida em 80% das ULS de Florianópolis.

C. Dia do acolhimento: Esse modelo é que faz o revezamento entre as ESF da ULS para realização do acolhimento e atendimento de intercorrências, assim, existem alguns períodos pré definidos em que a ESF não terá agendamento ou atividades de grupo na sua área, pois estará voltada a acolher os usuários de quaisquer áreas. Essa prática foi referida em 4% dos relatos.

Nas diferentes regionais oscila um pouco as práticas de acolhimento, no entanto, elas seguem um padrão semelhante ao atribuído à Florianópolis. Veja o gráfico na próxima página e compare.

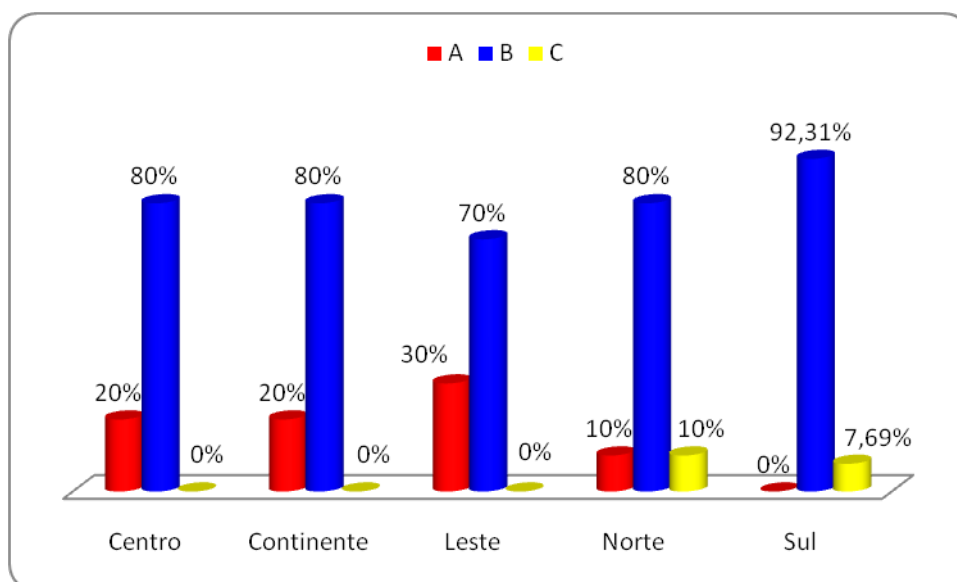


Gráfico 4: Dados sobre acolhimento da população: A. Profissionais contratados para realizar exclusivamente acolhimento, não fazem parte de uma ESF; B. O acolhimento é feito por membros de uma ESF, sendo realizada avaliação de risco e avaliada necessidade de consulta médica; C. As ESF se revezam entre si e organizam o dia do acolhimento. A tabela traz os dados percentuais comparativos entre regionais de saúde.

5.2.2. Acesso: O acesso à ULS se dá através da marcação de consultas, busca por serviços de prevenção – como realização do Preventivo de Colo de Útero e de Mama, vacinações na infância e/ou demais campanhas governamentais da vigilância sanitária – e busca por atendimento de intercorrências.

O agendamento de consultas, em geral, é feito pelo esquema de “agenda aberta” – 36% das ULS - e “agenda mensal” – 38% das ULS. A agenda aberta é quando qualquer indivíduo da população vai até a ULS e marca uma consulta sem data limite de espera, ou seja, a agenda está sempre aberta; então, vai se agendando as pessoas conforme a demanda. Esta forma foi determinada pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS) há aproximadamente um ano e foi instituída como forma de se garantir atendimento para todos. No entanto, segundo relatos de muitas ULS que utilizam dessa forma de agenda, os usuários acabam faltando mais às consultas pois em algumas unidades há um tempo de demora de mais de quatro semanas para se conseguir uma consulta agendada, como será mostrado posteriormente, e esse considerável intervalo de tempo colabora para que o usuário esqueça a consulta marcada. Já a agenda mensal é aquela que abre com as vagas daquele mês, então não é possível agendar para o mês seguinte, até que a agenda seja aberta. Outros modelos observados foram a da agenda semanal, agenda quinzenal e agenda bimensal, que são organizadas de modo semelhante à mensal. (Grupo de Tabelas 6).

As formas como os profissionais fazem a marcação das agendas é bastante variada. Foi observado que o uso de senha é praticamente universal, no entanto a forma como se dá o acolhimento depois de distribuídas as senhas é que muda. Em algumas ULS é feito grupo de marcação de consultas, onde se agrupa toda a população daquela ULS (ou adscrito por área, em alguns locais), e é realizado um grupo periódico de marcação com a população da sua área, conversando sobre a priorização dos casos mais graves e vai se elegendo os casos a serem agendados. Alguns problemas já são resolvidos ali mesmo, no grupo de marcação.

Outras ULS distribuem as senhas e as primeiras conseguem marcar a consulta, as demais serão vistas pelo enfermeiro, que irá fazer a priorização dos casos para “encaixe” durante os atendimentos ou, até mesmo, encaminhamento para outro serviço de atendimento, como hospitais ou as UPAs.

Há também em poucas ULS esquemas de renovação de receitas e verificação de exames, em que o enfermeiro recolhe os exames e receitas a serem renovadas e coloca numa pasta, que serve como arquivo, aí o médico vai resolvendo esses casos durante os tempos livres que tem entre os atendimentos ou após VD, grupos. Quando as demandas vão se resolvendo a ULS entra em contato com o usuário que vai buscar a receita, ou pegar os exames vistos, e caso necessário é agendado alguma forma de consulta de emergência ou orientado o usuário a vir marcar consulta no próximo momento de marcação.

É muito comum ocorrer uma conversa rápida entre enfermagem e usuário no momento da marcação, para avaliar a necessidade de uma consulta ou se já pode ser resolvida a demanda da pessoa.

Foi calculado pelos informantes uma média do tempo de espera em semanas para se conseguir uma consulta agendada. O esquema semanal foi o mais ágil, demorando em média 1 semana e meia, variando de 1 a 3 semanas; os esquemas mais frequentemente utilizados foram o de agenda mensal e agenda aberta – espera média de 4 semanas para ambos; no entanto a variabilidade de tempo de espera foi bastante grande, sendo que no esquema de agenda aberta poderia ocorrer uma espera de até 16 semanas. (Grupo de Tabelas 6)

Tabela 6.6. Dados acerca do tipo de agendamento – Agenda Aberta, Semanal, Quinzenal, Mensal, Bimensal – em médias percentuais e o tempo máximo de espera pela consulta agendada (em semanas) – em médias percentuais para a cidade de Florianópolis.

Tipos Agendamento	%	Tempo para consulta
Agenda Aberta	36,19%	4 semanas
Semanal	16,19%	1 semana e meia
Quinzenal	8,04%	2 semanas e meia
Mensal	38,60%	4 semanas
Bimensal	1,54%	8 semanas

A adscrição do agendamento foi avaliada no grupo de tabelas 2, juntamente com as práticas de acolhimento e VD. Apesar de mais da metade das regionais organizarem suas agendas por área adscrita, esses valores variam muito entre as regionais, oscilando de 50% a 80%. A adscrição das agendas é a prática mais simples de personalização do cuidado, no entanto, o presente estudo revela a fragilidade dessa abordagem em Florianópolis.

Tabela 2.6. Dados acerca da prática de adscrição das agendas, do acolhimento e das visitas domiciliares (VD); que estão dispostos na 1ª linha da tabela e as regionais estão dispostas na 1ª coluna da tabela, à esquerda.

Regional	Agendas	Acolhimento	VD
Centro	80%	20%	100%
Continente	50%	10%	80%
Leste	56%	33,33%	66,67%
Norte	80%	20%	100%
Sul	69,23%	23,07%	90%
Total	67,04%	21,28%	87,33%

Por fim, foi avaliada a constituição das agendas, e foi observado que havia reserva de vagas para atendimentos emergenciais ou intercorrências em cada período e que, essa prática também ocorre em 76% das ULS com relação a vagas para ações programáticas, ou seja, as ULS reservam alguns momentos, durante a semana, especificamente para o atendimento de idosos, gestantes, crianças até 2 anos, diabéticos e hipertensos. A reserva das vagas não é para todos os grupos de ações programáticas simultaneamente em todas as ULS, em algumas delas, há vagas reservadas para grupos específicos, em outras há vagas reservadas para todos, variando muito de uma ULS para outra. (Tabela 7)

Tabela 7 - Dados acerca da reserva de vagas para ações programáticas – atendimento de idosos, gestantes, puericultura, diabéticos, hipertensos – em relação à regional de saúde; as regionais estão dispostas da 1ª coluna da tabela, à esquerda e os valores são descritos sob a forma de percentuais.

Regionais	Reserva vagas na ULS
Centro	80%
Continente	90%
Leste	55,56%
Norte	60%
Sul	92,31%
Total	76,00%

É importante observar a esse respeito que, prioridades para ações programáticas (reservas de vaga), relevantes que sejam do ponto de vista clínico e epidemiológico, não devem prejudicar o acesso dos usuários que não se enquadram nesses grupos de atenção. Uma possibilidade de compatibilização dessas duas lógicas (lógica programática e lógica do direito ao cuidado clínico) é a combinação de quatro estratégias: a) ênfase na adscrição da clientela tanto no trabalho de atendimento programado (agendado) e quanto no acolhimento; b) ênfase no acesso fácil; c) uso de atividades coletivas para ações programáticas; d) restrição do acesso ao agendamento de consultas, que fica escrutinado pelo acolhimento de um profissional da equipe. A combinação dessas estratégias permite que os usuários enquadrados nos grupos de ação programática sejam conhecidos e acompanhados juntamente com os demais, o que por sua vez permite a construção de uma atitude de desmedicalização dos fatores de risco associado ao cuidado efetivo dos pacientes ao longo tempo.¹³ Todavia, esta combinação exige infraestrutura própria, pois pressupõe um profissional da equipe disponível em tempo integral (e supervisionado) para acolhimento dos usuários e administração do agendamento, evitando consumir consultas para problemas que não necessitam delas, o que freqüentemente ocorre quando o acesso direto ao agendamento de consultas está disponível sem avaliação de risco e necessidade.

5.3. Meios de Trabalho e Atividades

Os meios de trabalho e atividades típicos da atenção básica e da ESF considerados no estudo foram: consultas, VD, atividades coletivas (grupos, etc). Outras atividades como curativos, dispensação de medicamentos, aplicação de tratamentos (nebulizações, medicações parenterais, procedimentos médicos ambulatoriais (suturas, retiradas de cistos, etc), por conveniência e limitação metodológica, não foram consideradas.

5.3.1. Consultas: As consultas médicas são agendadas segundo protocolo da Prefeitura de Florianópolis, e ocorrem de vinte em vinte minutos, totalizando doze (12) consultas por período. Os profissionais podem pedir, em ocasiões especiais, que seja agendada uma consulta estendida para determinados casos clínicos, em que o profissional quer um atendimento mais longo com o usuário, ou quer conversar com uma família que acompanha; nesses casos há reservado dois (2) horários - quarenta minutos para esse atendimento.

Em muitas ULS, os médicos tem suas agendas aumentadas, sendo agendadas até dezesseis (16) ou dezoito (18) consultas por período, o que além de sobrecarregar o profissional, também pode acarretar em perda da qualidade de atendimento. Isso ocorre devido a uma demanda aumentada em algumas ULS localizadas em áreas de risco e está relacionado mais intimamente a locais onde há muitas microáreas descobertas e poucas ESF para a população atendida. A falta de orientação da população gera conflito na relação dos usuários com a ULS. Se o usuário não conhece a dinâmica de trabalho da ULS ele pode interpretar de maneira errada os momentos em que a ESF não está agendando consultas, como por exemplo, os momentos de reunião de equipe ou VD. Mais uma vez, fica evidente a necessidade de se ter cadastros familiares atualizados, pois através deles faz-se a adequação do número de ESF necessárias por ULS, tendo em vista a população abrangente a ela.

Outra particularidade encontrada nesse estudo foi que são poucas as ESF que oferecem consultas de enfermagem; em geral o atendimento do enfermeiro se resume à coleta do exame de citologia oncológica do colo uterino ou à avaliação de risco para atendimento de intercorrências. Em algumas ULS, os enfermeiros nem tem um consultório próprio o que impossibilita completamente a realização de consulta. (Infelizmente não foi possível quantificar essa proporção).

Como já mencionado, é uma prática muito frequente nas ULS de Florianópolis a reserva de vagas para ações programáticas nas agendas, ou seja, são reservados períodos de atendimento para atendimento de idosos, gestantes, hipertensos, diabéticos e capital criança (primeira consulta da criança na ULS). Muitas vezes a reserva das vagas gera confusão nos grupos de marcação pois os usuários que não fazem parte desses grupos acabam se sentindo prejudicados; especialmente quando chegam na ULS e a ESF está com a agenda com várias vagas sem consulta, pois nem todas as vagas reservadas foram preenchidas. Em algumas ULS há o cuidado de preencher as vagas das ações programáticas que ficaram em aberto com outras demandas, no entanto essa não é uma prática universal.

Além da reserva de vagas para ações programáticas, há as particularidades de cada ULS: reserva de vagas para idosos e doentes crônicos em locais onde esses são maioria na população, reserva para atendimento de pacientes da saúde mental em locais onde há muita demanda nessa especialidade, entre outras.

5.3.2. Visitas Domiciliares: As visitas domiciliares correspondem a um grande avanço para a Estratégia de Saúde da Família, pois demonstram o grau de integração da equipe multiprofissional. É através das VD que a equipe faz a busca ativa dos casos que perderam acompanhamento, pode conhecer mais sobre a realidade da comunidade e das relações sociais e familiares do paciente e, ainda caracteriza um momento de assistência para aqueles que não podem ir até a ULS devido a problemas de locomoção ou afins.

O presente estudo reuniu dados acerca da periodicidade das VD e foi constatado que cerca de 80% das ESF realizam VD semanalmente (Tabelas 8.6); em algumas ULS as ESF tem rotinas diferentes entre si, umas ESF fazem visitas semanais enquanto outras fazem quinzenais ou mensais. Em algumas ULS, só existe VD quando existe demanda familiar ou trazida pelos ACS e não utilizam a VD para busca ativa ou reavaliar pacientes que tenham abandonado tratamento nas ULS, essa prática pode tornar as VD extremamente raras, quase inexistentes nessas ULS.

Tabela 8.6. Dados acerca da periodicidade das VD nas regionais de saúde de Florianópolis. As variáveis de periodicidade estão dispostas na 1ª linha da tabela enquanto as regionais formam a 1ª coluna da tabela. Os valores estão sob a forma de porcentagens.

Regional	Semanal	2x/semana	Quinzenal	Mensal	Outro
Centro	100%	0%	0%	0%	0%
Continente	100%	0%	0%	0%	10%
Leste	88,89%	11,11%	0%	0%	11,11%
Norte	60%	0%	30%	10%	0%
Sul	69,23%	7,69%	23,08%	7,69%	0%
Total	83,62%	3,77%	10,62%	3,54%	4,22%

Outro ponto analisado foi quanto à participação dos membros da ESF nas VD. Nem sempre é possível que todos os membros da ESF participem, simultaneamente, das VD especialmente quando se está numa cidade onde várias ULS não consideram os técnicos de enfermagem como integrantes da ESF (como já citado anteriormente). No entanto, o problema não se resume à participação errática dos técnicos, mas também a falta de acompanhamento dos ACS nas VD em algumas ULS. Foi relatado que a presença dos ACS nas VD poderia ser um fator que diminuiria a privacidade do paciente e por isso muitos

médicos e enfermeiros faziam as VD sozinho; outras ULS relatam que os ACS têm muita demanda e não tem tempo para participarem das VD com o restante da ESF. Apesar dessas alegações, três (3) regionais de saúde atingiram 100% das VD com participação das ACS, o que é uma vitória para a Estratégia de Saúde da Família em Florianópolis; o objetivo final é que todas as ULS da cidade consigam atingir esse valor (Grupo de Tabelas 8).

Tabela 8.7. Dados acerca dos profissionais que participam das VD nas regionais de saúde de Florianópolis. As variáveis de periodicidade estão dispostas na 1ª linha da tabela enquanto as regionais formam a 1ª coluna da tabela. Os valores estão sob a forma de porcentagens.

Regional	Médico ou						
	Médico	Enfermeiro	Enfermeiro	ACS	Técnico	Matriciador	Outro
Centro	100%	100%	0%	100%	20%	0%	0%
Continente	70%	70%	20%	100%	50%	10%	10%
Leste	77,78%	55,56%	22,22%	88,89%	33,33%	44,44%	11,11%
Norte	50%	50%	50%	100%	20%	0%	0%
Sul	92,31%	69,23%	7,69%	92,31%	53,85%	15,38%	23,08%
Total	78,02%	68,96%	19,98%	96,24%	35,44%	13,96%	8,84%

O tema que remete a presença da equipe multidisciplinar nas VD leva a se pensar como fica o atendimento ao usuário que chega à ULS em busca de atendimento nesses momentos reservados à VD. É preciso que se organize as atividades de forma a criar um equilíbrio entre a manutenção das práticas interdisciplinares e o acesso universal à população. O não desperdício de profissionais sem que se perca a essência do trabalho em equipe, sempre visando à coordenação do cuidado, a troca de experiências e a co-responsabilização da equipe na produção de saúde. Os resultados encontrados mostram que muitas das ULS fazem as VD com todos os membros junto, fechando o acolhimento para a população da sua área nesse momento; outras também tem essa prática mas criam estratégias de não fechar o acesso, como através de práticas de pronto atendimento de intercorrências, realizadas por funcionários contratados apenas para essa função ou revezando entre as ESF os momentos de acolhimento – ambas as técnicas não respeitam a adscrição de clientela, tornando o atendimento impessoal, sem respeitar os preceitos da Estratégia de Saúde da Família, no entanto, mantendo um atendimento universal.

5.3.3. Grupos: Em Florianópolis apenas uma (1) das cinco (5) regionais de saúde tem 100% das ULS realizando trabalhos em grupos e o presente estudo evidenciou ainda que aproximadamente 12% das ULS não realizam trabalhos em grupos; isso significa

que, nesses locais, as ESF perdem a oportunidade de trabalhar com diversos indivíduos da sua área de uma só vez. O trabalho em grupos economiza tempo e estimula as trocas entre os indivíduos, é um momento em que tanto os usuários quanto as ESF têm muito a aprender, fazendo a construção do conhecimento juntos. Os grupos podem facilitar o acesso da população à ULS, pois permitem que os indivíduos participem sem que precisem de marcação de hora; também podem ser uma estratégia para deixar as agendas mais livres, permitindo o atendimento das ações programáticas nesse momento, enquanto as agendas ficariam abertas a outras demandas locais.

Outro dado importante levantado foi a listagem de grupos que são mais frequentemente realizados nas ULS; as tabelas mostram as porcentagens de realização de grupos de ações programáticas (Gestante, Tabagismo, HAS, DM), que são os mais frequentemente realizados, no entanto os números mostram que existe grande variabilidade da prática entre as regionais, sendo que em algumas delas eles são muito fracamente utilizados confirmando a assertiva de que ainda é pouco usado o espaço do grupo para a abordagem das ações programáticas, que continuam ocupando as agendas e podendo dificultar o acesso à atenção básica. (Grupo de Tabelas 12)

Tabela 12.6. - Dados acerca das modalidades de grupos realizados nas regionais de saúde de Florianópolis – grupo de gestante, tabagismo, hipertensão arterial (HAS), diabetes melito (DM) e outros grupos; essas variáveis estão dispostas na 1ª linha da tabela, enquanto que as regionais estão na 1ª coluna à esquerda.

Regional	Gestante	Tabagismo	HAS	DM	Outro
Centro	15,00%	25,00%	10,00%	25,00%	25,00%
Continente	13,64%	22,73%	18,18%	18,18%	27,27%
Leste	8,70%	17,39%	21,74%	17,39%	34,78%
Norte	19,44%	16,67%	19,44%	22,22%	22,22%
Sul	23,80%	21,43%	11,90%	14,29%	28,57%
Total	16,12%	20,64%	16,25%	19,42%	27,57%

Existe uma grande variedade de grupos nas ULS de Florianópolis, indo desde os tradicionais grupos de ações programáticas – hipertensos, diabéticos, gestantes, tabagismo – até grupos de promoção de saúde – “mulheres maravilhosas” – ou prevenção de doenças – Floripa Ativa. O estímulo da prefeitura de Florianópolis através da criação de grupos multiprofissionais e com matriciadores – Floripa Ativa, grupo de cuidadores - também levou muitas ULS a implantarem a formação de grupos na sua rotina de trabalho.

Não é feita adscrição para a realização de grupos em 82% das ULS (Tabela 12.7); nas entrevistas foi relatado que poucos usuários comparecem aos grupos e por isso não é possível

fazer grupos adscritos por áreas. Existem ULS que se unem para realizar grupos para que o número de participantes seja significativo e consideram que dessa forma há uma troca maior de informações e as discussões ficam mais dinâmicas. Em ULS com pouco espaço físico, muitas vezes os grupos são realizados nos centros comunitários ou salões de igrejas ou escolas próximas, assim como é frequente que a ESF seja convidada a participar de reuniões dos conselhos comunitários e/ou outras entidades comunitárias, como grupo de jovens e grupo de idosos.

Tabela 12.7. Dados acerca da adscrição dos grupos, se são ou não adscritos à sua área; essas duas variáveis estão dispostas na 1ª linha da tabela, enquanto que as regionais de saúde estão na 1ª coluna à esquerda. Os dados são apresentados em porcentagens.

Regional	Adscrito	Aberto
Centro	20%	80%
Continente	14,29%	85,71%
Leste	25,00%	75,00%
Norte	22,22%	77,78%
Sul	8,33%	91,67%
Total	18,00%	82,00%

5.4. Gestão de Trabalho

As formas como as ULS organizam seu trabalho é muito variada de uma unidade para outra, no entanto, é preconizado pela Estratégia de Saúde da Família o trabalho em equipe, no caso, integração dos membros da ESF em prol de um objetivo comum – a saúde da população. A saúde desejada não é uma definição pura e simples, como ausência de doença ou bem estar biopsicossocial, mas sim um conceito dinâmico em que a equipe irá se inserir no contexto de família e comunidade em que o indivíduo vive, e assim planejar ações de cuidado e de saúde. As equipes devem trabalhar com a pluralidade dos grupos, respeitando a individualidade dos sujeitos.

Para tornar possível a organização do trabalho, existem momentos de reunião e elaboração do trabalho entre os trabalhadores da ULS e momentos específicos para a integração das ESF – reuniões de equipe.

5.4.1. Reuniões de ULS: Através da análise dos dados foram encontrados resultados animadores: há reuniões mensais de ULS em 100% das unidades, no entanto apenas em 78% das ULS todos os ACS são convidados a participar dessas reuniões, evidenciando que há alguma informação truncada sobre o papel do ACS como membro da

ESF. Muitas das ULS que referem não chamar todos os ACS para as reuniões de ESF relatam que há pouco espaço físico para as reuniões, e que pedem a presença de um representante de ACS por área. Outras ESF falam que os ACS não fazem parte do grupo de funcionários da ULS, são apenas contratados para trabalhar com as ESF (Tabela 4.6).

Tabela 4.6. Dados acerca da presença de todos os ACS nas reuniões de ULS; os valores estão descritos em porcentagens; as regionais estão dispostas na 1ª coluna da tabela, à esquerda.

Todos ACS na Reunião da	
Regional	ULS
Centro	80%
Continente	70%
Leste	66,66%
Norte	90%
Sul	84,62%
Total	78,26%

Ainda com relação à presença dos ACS na reunião de unidade, existem reclamações sobre as faltas desses funcionários nas reuniões, pois os próprios não se sentem parte da unidade local de saúde devido ao seu trabalho se dar mais na comunidade em si do que dentro das estruturas da ULS, no entanto essa não é uma opinião unânime.

Outro relato comum a respeito das reuniões de ULS é que elas se tornaram um espaço comum para a realização de repasses de informes da Secretaria Municipal de Saúde, o que é muito importante para os funcionários para se manter a par do que acontece no nível central, no entanto, tem consumido boa parte do tempo da reunião, impedindo que assuntos locais sejam resolvidos nesse momento, por falta de tempo hábil.

5.4.2. Reuniões de ESF: O presente estudo constatou que aproximadamente 69% das ULS de Florianópolis realizam reuniões de ESF, sendo que a periodicidade dessas reuniões varia muito entre as ULS (Grupo de Tabelas 4); em apenas uma (1) das regionais elas são 100% semanais; no entanto, em todas essas reuniões há presença de todos os ACS das ESF envolvidas (Tabela 4.7).

Tabela 4.7. Dados acerca da presença de reuniões de ESF, a periodicidade semanal, e presença de todos os ACS nestas; essas variáveis estão dispostas na 1ª linha da tabela e as regionais estão dispostas na 1ª coluna da tabela, à esquerda.

Regional	Reunião de ESF	Semanal	Todos os ACS
Centro	80%	100%	100%
Continente	70%	57,14%	100%
Leste	78%	100%	100%
Norte	50%	80%	100%
Sul	69,23%	100%	100%
Total	69,45%	87,43%	100%

Muitas ULS relataram durante a entrevista que a grande demanda da população e pressões para um acesso irrestrito temporalmente levam a dificuldades em fazer reuniões com a presença de todos os membros da equipe, e nesses casos, em geral técnicos ficam no acolhimento da área e não participam da reunião; em outras unidades o que acontece é que não é fechado o agendamento das consultas médicas nesse momento e, dessa forma, esses profissionais raramente participam das reuniões, pois em geral, estão atendendo.

Existem também ULS que consideram a reunião entre ACS e enfermagem como reunião de ESF (essas foram consideradas como ULS sem reuniões de ESF nos dados das tabelas do estudo, pois só reúnem parcialmente suas equipes); na sua prática não existe momento próprio para a reunião da equipe completa. Das unidades que referiram não ter reuniões de ESF, 88,24% fazem reunião de enfermagem com ACS, algumas deles diariamente, outras semanalmente. Foi importante, durante as entrevistas, a preocupação da pesquisadora em especificar os participantes das reuniões de ESF, pois muitos dos entrevistados consideravam, erroneamente, esse tipo de reunião como reunião de ESF.

Outro variante importante como alternativa às reuniões de ESF foi o chamado “agir comunicativo”, que significa que as equipes vão repassando as informações que seriam conversadas numa reunião de equipe no seu dia a dia, em pequenos momentos de conversa entre alguns membros da equipe, entre as consultas, ou em algum outro momento livre. No entanto, admitem que esse tipo de prática não permite o repasse de informações iguais para todos os integrantes e praticamente impossibilita a realização de projetos terapêuticos, já que além de se ter pouco tempo disponível, em geral, a ESF não está completa nesses momentos.

5.4.3. Conselho Local de Saúde (CLS): A PNH e a Lei 8142/90 preconizam a co-gestão da saúde através da participação social; os Conselhos Locais de Saúde são espaços garantidos pela Estratégia de Saúde da Família para a participação popular, discussão sobre assuntos de interesse da comunidade e das ESF que constituem a ULS.

No entanto, esses espaços ainda são subutilizados. A pesquisa evidenciou que menos de 50% das ULS possui CLS e cerca de 4% - duas (2) ULS – estão construindo seus CLS.

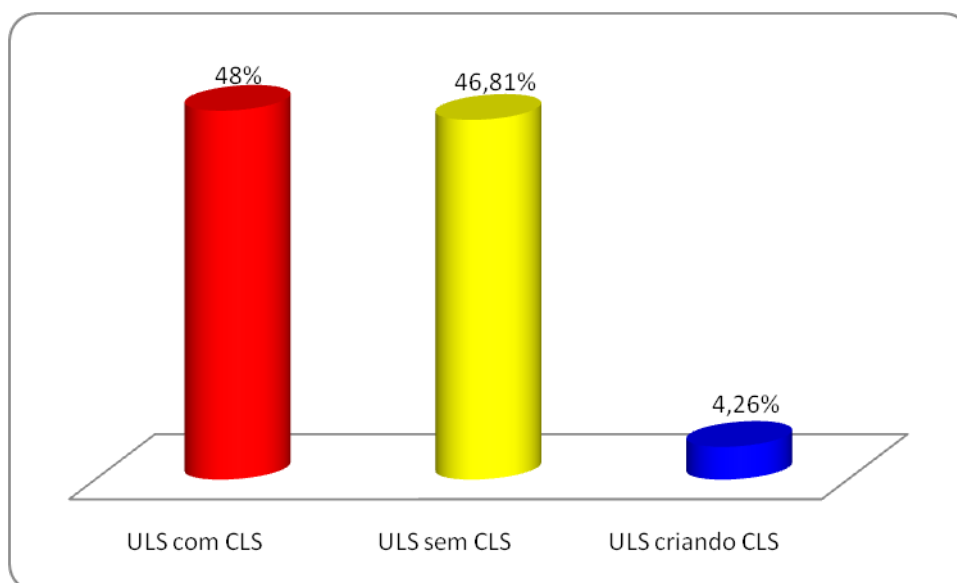


Gráfico 5: Dados acerca da existência de Conselho Local de Saúde nas ULS; os dados são trazidos sob a forma de porcentagens e as cores evidenciam as ULS com CLS, sem CLS e que estão montando seus CLS.

5.4.4. Colegiado de Gestão: Essa instância de gestão não é muito utilizada nas ULS de Florianópolis, apenas uma (1) delas possui colegiado de gestão - a ULS do Saco Grande. Nessa ULS está em funcionamento o Programa de Residência Multiprofissional e Médica de Saúde da Família e Comunidade; e com incentivo desse grupo e participação de diversos membros das ESF nasceu o Colegiado de Gestão, que é formado por representantes das ESF, da residência e da ULS; a escolha dos representantes é feita pelas áreas, em geral por votação. Nesse momento são discutidos assuntos de interesse mútuo e que, em geral, não puderam ser discutidos durante as reuniões de ULS. Outras duas (2) ULS mostraram interesse em formar Colegiados de Gestão em seus serviços, mas a idéia ainda está amadurecendo.

5.4.5. Projeto Terapêutico Individual (PTI): A criação de projetos terapêuticos singulares é um grande avanço da estratégia da clínica ampliada, pois evidencia a prática da clínica centrada no sujeito e não na doença; sua realização em ESF é o preconizado pela Estratégia Saúde da Família.³⁰

O estudo revelou que cerca de 60% das ESF de Florianópolis realiza PTI, no entanto ocorre variações bastante grandes entre as regionais, o que revela que ainda há muita irregularidade nessa prática (Grupo de Tabelas 10).

Tabela 10.6. Dados acerca da realização ou não da prática de Projeto Terapêutico Individual nas regionais de saúde em Florianópolis; os dados são apresentados sob a forma de porcentagens.

PTI em Florianópolis		
Regional	Realiza	Não Realiza
Centro	80%	20%
Continente	60%	40%
Leste	56%	44%
Norte	30%	70%
Sul	61,54%	38,46%
Total	57,51%	42,49%

A prática do PTI ainda tem muito que evoluir. Segundo grande parte dos relatos, ela muitas vezes, é de exclusividade dos médicos das equipes que a realiza no seu dia a dia, ou dos especialistas nos momentos dos matriciamento; mas vem crescendo a prática da discussão do PTI durante as reuniões de ESF (Tabela 10.7). A partir do momento que as ESF tomaram para si, como grupo, a co-responsabilização pelo cuidado dos indivíduos a prática de PTI há de amadurecer no seio das equipes, já que é através da coordenação do cuidado que nascem os projetos terapêuticos.

Tabela 10.7. Dados acerca do momento em que ocorre a prática do Projeto Terapêutico Individual – durante a reunião de ESF, durante as reuniões ou interconsultas do matriciamento ou no dia a dia; os dados são apresentados em porcentagens. Em algumas regionais ocorre mais de um momento apontado como espaço de realização de PTI.

Regional	Reunião de ESF	Matriciamento	Dia a dia
Centro	20%	80%	0%
Continente	60%	40%	20%
Leste	83%	17%	0%
Norte	33,33%	66,66%	0%
Sul	40%	40%	20%
Total	47,27%	48,73%	8%

5.4.6. Coordenação do Cuidado: A prática da coordenação do cuidado representa o ápice do entrosamento entre os profissionais da ESF e os outros serviços do SUS, e por isso mesmo é tão importante de ser avaliada num sistema que prime pela implantação da atenção básica através da Estratégia de Saúde da Família. A coordenação do cuidado consiste na gestão dos projetos terapêuticos individuais ou coletivos e sua execução, o que implica em comunicação entre os profissionais e entre a atenção básica e os demais serviços do SUS,

trabalho de advocacia em favor do paciente, além de acompanhamento dos pacientes na sua trajetória pelos vários serviços do sistema de saúde que ele porventura necessite.³¹

Muitas das ULS que não realizam coordenação do cuidado, não o fazem simplesmente pelo fato de não conhecerem essa prática; já em outras unidades referem que não tem tempo para a realização da mesma. (Gráfico 6)

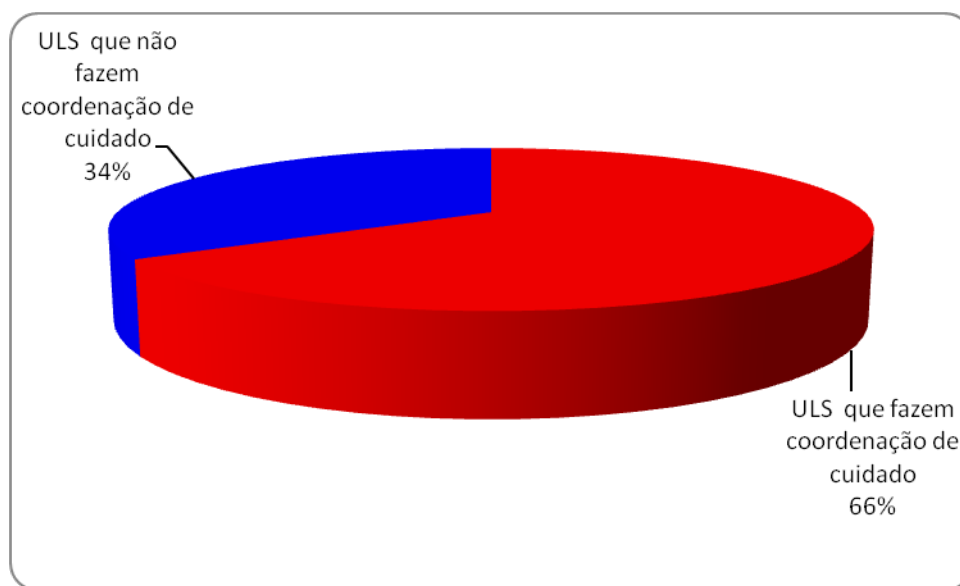


Gráfico 6: Dados acerca do realização de coordenação do cuidado nas ULS de Florianópolis. Os valores são apresentados em porcentagens e distintos pelas cores da figura.

Em Florianópolis, aproximadamente 66% das ULS relataram realizar coordenação do cuidado e, os momentos citados para tal foram: reunião de ESF, reuniões eventuais no dia a dia para a discussão específica do tema ou, durante o matriciamento - como mostra o gráfico abaixo, com a frequência das respostas durante a entrevista do presente estudo.

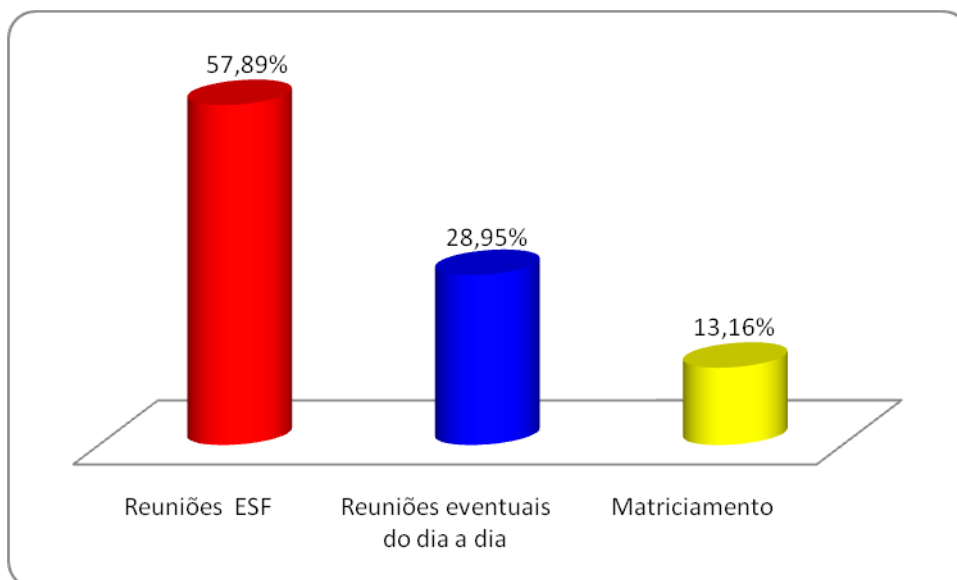


Gráfico 7: Dados acerca do momento da realização da coordenação do cuidado - reunião de ESF, reuniões eventuais para a discussão do tema e matriciamento. As variáveis tem as frequências apresentadas em porcentagens e estão distintas pelas cores da figura.

5.4.7. Educação Permanente: A implantação da educação permanente em saúde como política nacional propõe que os processos de capacitação dos trabalhadores tomem como referência as necessidades de saúde das pessoas e das populações, da gestão setorial e do controle social em saúde e orienta a formação e desenvolvimento de trabalhadores da saúde, tendo em vista a articulação entre as possibilidades de desenvolver a educação dos profissionais e a ampliação da capacidade resolutiva dos serviços de saúde.³²

No presente trabalho, foi observado que as respostas às perguntas abertas sobre a realização de educação permanente trouxeram diferentes respostas e interpretações dessa prática, desde conceitos acerca de residência médica até momentos de capacitação oferecidos pela prefeitura – secretaria municipal de saúde.

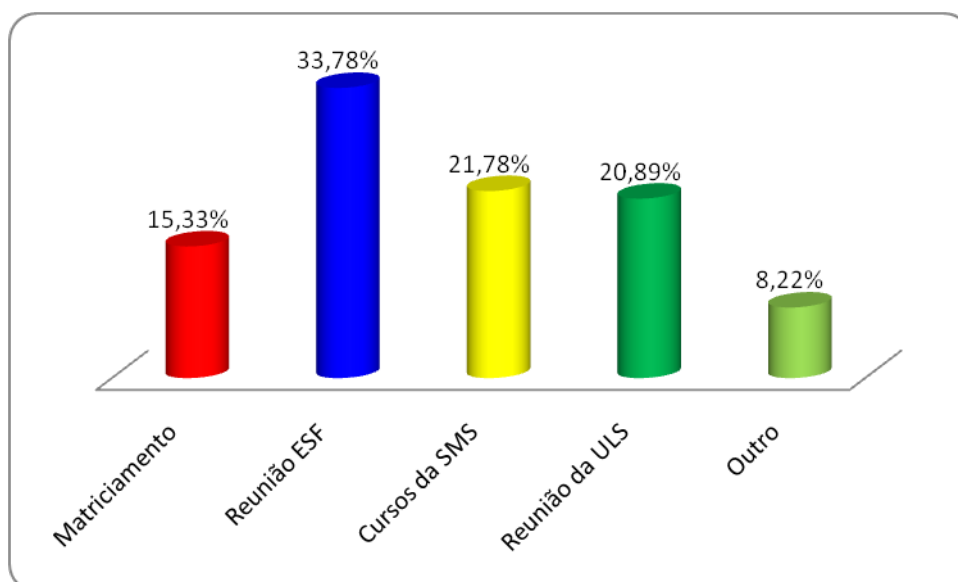


Gráfico 8: Dados acerca da prática de educação permanente, em que momentos se dá – no matriciamento, na reunião de ESF, através dos cursos da SMS, na reunião de ULS ou em outro momento específico. Os números são apresentados em porcentagens e as variáveis estão distintas pelas cores da figura.

Algumas informantes das ULS confundiam os termos educação continuada com educação permanente, e por falta de conhecimento acerca da diferença entre elas, acreditavam que ao participar de eventos da secretaria municipal de saúde ou realizarem cursos de especialização em saúde da família estariam realizando educação permanente. No entanto, educação permanente é organizar a construção do conhecimento em cima das demandas sociais da área em que se trabalha, aprimorando técnicas e criando estratégias de ação em saúde tendo a família e a comunidade como alvos.

O gráfico 8 mostra que mais de 20% dos relatos consideram os eventos de capacitação da SMS como momentos de educação permanente; entretanto a maioria das respostas corresponde ao conceito certo – educação das equipes em prol das demandas sociais – respondendo matriciamento em 15% e 34% reunião de ESF.

Algumas ULS relataram realizar momentos de educação permanente programados previamente; elas fazem escalas com a divisão dos integrantes das ESF em pequenos grupos, e dividem entre os grupos os assuntos a serem abordados. Os temas são escolhidos sob votação, em reunião de ESF, segundo a necessidade da equipe.

Outras ULS convidam os matriciadores para ajudar a realizar esses momentos, criando novos espaços, além do matriciamento para a abordagem de temas escolhidos pelas ESF, ocorrendo a troca de saberes entre as especialidades e demais profissões.

5.5. Apoio à ESF:

5.5.1. Apoio Matricial: As necessidades crescentes de aumento da eficácia e equacionamento dos custos da assistência em saúde leva ao interesse constante que se tem na colaboração interprofissional em saúde e interdisciplinar entre as especialidades médicas através da menor fragmentação do atendimento, centrando a atenção em saúde do sujeito num único ponto comum – a ESF. A responsabilização de uma equipe multiprofissional pelo cuidado do sujeito é uma das mudanças trazidas pela prática da Estratégia Saúde da Família.³³ Por seu lado, o contexto do SUS tem como uma de suas diretrizes a integralidade, e a busca do atendimento integral tem como grande desafio a reestruturação dos estabelecimentos e das organizações do setor saúde, o que deverá ocorrer tanto por meio da organização e articulação desses serviços entre si, quanto na reformulação das práticas dos profissionais de saúde em suas respectivas equipes.³⁴ Assim, pode-se afirmar que a reorganização do trabalho interprofissional dentro das equipes dos serviços de saúde do SUS é condição necessária para a conquista da integralidade, na medida em que pode possibilitar a detecção de necessidades e o provimento de cuidados de maneira mais completa e ampliada aos usuários.³⁵

Foi observada uma grande variedade de formas de matriciamento listadas nos questionários de pesquisa; não apenas relacionados às diferentes especialidades matriciadoras (Gráfico 9), mas também quanto à forma como a ESF utiliza o espaço reservado ao matriciamento. (Grupo de Tabelas 9)

Tabela 9.7. Dados acerca das formas de atendimento na prática do matriciamento: conjunto; atende pacientes encaminhados pela ESF; atende em agenda própria (por livre demanda) ou faz discussão dos casos de matriciamento em reuniões. Essas variáveis estão dispostas na 1ª linha da tabela e as regionais na 1ª coluna da tabela; os números estão apresentados sob a forma e porcentagens. Mais de uma forma de matriciamento podem coexistir em cada regional.

ULS	Atendimento em conjunto	Atendimento de encaminhamentos	Agenda Própria	Reunião
Regional Centro	38%		23%	15%
Regional Continente	66,66%	6,66%	20%	6,66%
Regional Leste	32,00%	32,00%	12,00%	24,00%
Regional Norte	35,71	17,86%	17,86%	28,57%
Regional Sul	40%	30%	10%	20%
Total	42,47%	21,73%	14,97%	20,45%

O estudo evidenciou que em mais de 42% das ULS as ESF realizam matriciamento através da consulta conjunta entre o matriciador e membros da ESF. As interconsultas, raramente reúnem toda a ESF, sendo realizadas por médicos e especialistas matriciadores, perdendo a riqueza da troca de saberes entre as diferentes profissões. Isso também ocorre com frequência nos matriciamentos de ginecologia-obstetrícia, em que em geral quem faz o repasse dos casos clínicos para o matriciador é o enfermeiro e que nem sempre contempla reunião com toda a ESF.

Há ULS que utilizam o momento do matriciamento para realizar outras atividades, como VD ou reuniões de ESF, enquanto os matriciadores utilizam os consultórios para o atendimento dos seus pacientes agendados, que podem ou não ter sido encaminhados pela ESF, dependendo da rotina na ULS; em algumas ULS a população tem livre acesso à agenda dos matriciadores, podendo pedir agendamento de consulta para tal no balcão da ULS. Essas práticas vão contra os princípios básicos de longitudinalidade do cuidado, já que a ESF está transferindo a responsabilidade da conduta a outro profissional, sem sua participação atuante no processo.

Outro modelo de matriciamento relatado foi o uso do matriciamento como uma espécie de “encaminhamento rápido” às especialidades; sem a preocupação em manter o acompanhamento do caso, pois a ESF não participa da tomada de conduta, nem muito menos, troca experiência com o matriciador para futura tomada de decisões em casos semelhantes, assim como não é devidamente orientada a fazer os acompanhamentos dos casos encaminhados ao matriciamento.

Existem estratégias regionais para suprir a ausência da visita do matriciador na ULS, pois nem todas as ULS são contempladas com essa prática; assim, as ESF fazem o encaminhamento dos pacientes sempre para o mesmo matriciador – que estaria lotado em outra ULS – e após a tomada de conduta, a ESF entraria em contato com o matriciador para retirada de qualquer dúvida pendente, se necessário. Os entrevistados referem que o uso do INFO-saúde nos atendimentos da ESF e do matriciamento tem facilitado muito a troca de informações nesses casos.

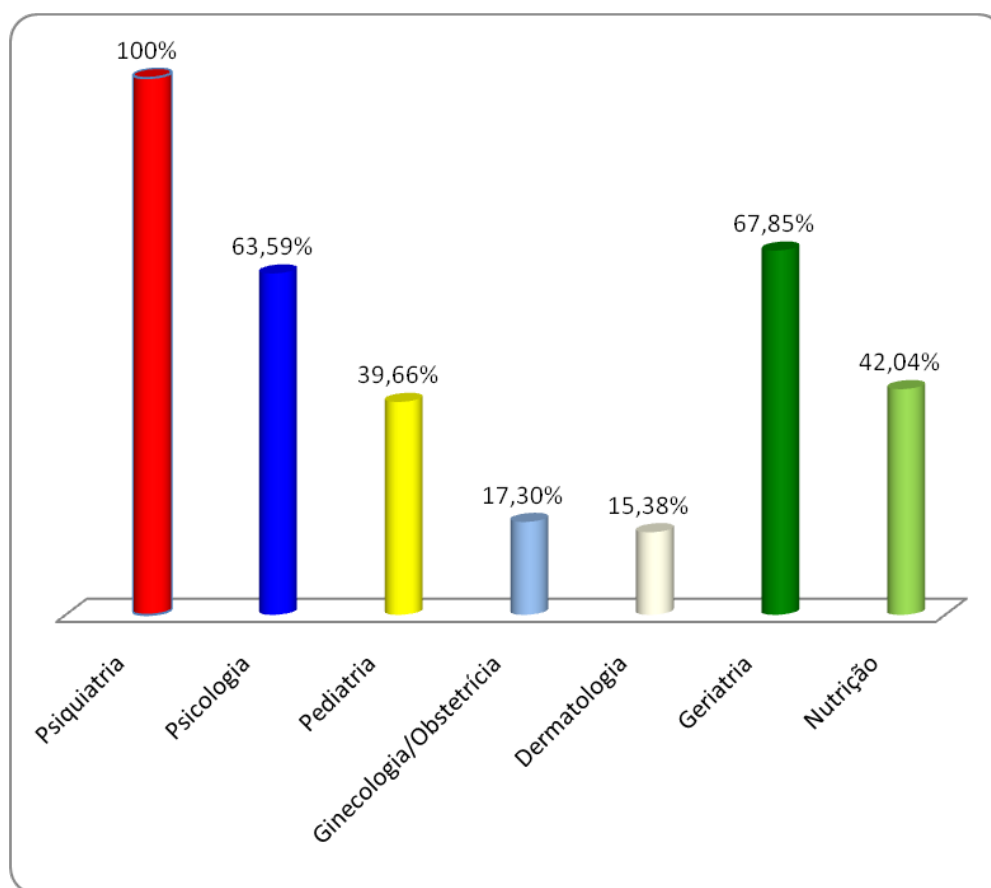


Gráfico 9: Dados sobre as especialidades que compõem a prática de matriciamento das ULS – psiquiatria, psicologia, pediatria, ginecologia/obstetrícia, dermatologia, geriatria, nutrição – as variáveis são distintas pelas cores da figura e os valores são apresentados em porcentagens.

5.5.2. Medicina Complementar: A utilização de práticas diferentes da medicina contemporânea ocidental, alopática, ainda está ganhando espaço na Estratégia Saúde da Família e ganharam força após o estímulo do Ministério da Saúde que editou a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares em 2006. A Política inclui acupuntura e medicina tradicional chinesa, homeopatia, fitoterapia e termalismo (uso de banhos com águas termais).

O presente estudo evidencia que 32% das ULS utilizavam práticas da Medicina Complementar; sendo a Regional Leste a possuir maior prevalência de uso – 78% das ULS utilizam algumas das formas. (Tabela 13.6)

Tabela 13.6. Dados acerca da prática ou não de medicina complementar nas regionais de saúde de Florianópolis/ os dados estão apresentados sob a forma de porcentagens.

Regional	Realiza	Não Realiza
Centro	40%	60%
Continente	8,33%	91,67%
Leste	78%	22%
Norte	10%	90%
Sul	23,08%	76,92%
Total	32,00%	68,00%

Apesar de pouco conhecidas, aos poucos as técnicas vão ganhando adeptos entre usuários e profissionais das ULS. Muitas ULS relataram que seus pacientes que sofrem de dor crônica tem como sua preferida a Acupuntura, enquanto que os pacientes em acompanhamento pela saúde mental estão se beneficiando das consultas homeopáticas.

Apesar de Florianópolis ser uma cidade de colonização açoriana, a cultura dos chás e ervas não foi suficiente para influenciar a implementação da atenção primária com uso de fitoterápicos, como era de se esperar, sendo essa prática evidenciada apenas na Regional Sul.

Tabela 13.7. Dados acerca das modalidades de medicina complementar praticadas nas regionais de saúde de Florianópolis – acupuntura, homeopatia, fitoterapia; as variáveis estão dispostas na 1ª linha da tabela enquanto as regionais estão dispostas na 1ª coluna à esquerda. Os dados são apresentados em porcentagens.

Regional	Acupuntura	Homeopatia	Fitoterapia
Centro	100%	0%	0%
Continente	50%	50%	0%
Leste	60,00%	40,00%	0%
Norte	100%	0%	0%
Sul	42,86%	28,57%	28,57%
Total	67,46%	26,83%	5,72%

Durante as entrevistas foi citada, algumas vezes, a existência de pequenas hortas nas dependências das ULS, no entanto os entrevistados relataram que elas eram mais voltadas ao uso próprio da ULS, na feitura de chás para os cafés da tarde ou por membros da comunidade em sua culinária, mas sem qualquer relação com as indicações terapêuticas dadas durante as consultas ou grupos.

6. CONCLUSÃO

Este estudo permitiu a construção de uma visão geral de alguns aspectos da implantação da Estratégia Saúde da Família em Florianópolis. A complexidade do tema, além de dificuldades e limites técnicos e metodológicos impossibilitaram uma avaliação aprofundada da APS em Florianópolis, que demandaria triangulação de dados de diversas fontes para uma melhor corroboração dos dados aqui levantados. Apesar das dessas dificuldades foi possível concluir que:

1. A implantação da Estratégia Saúde da Família em Florianópolis se mostrou heterogênea entre as regionais de saúde e também de uma unidade saúde para a outra, evidenciando a falta de diretrizes políticas e organizativas gerais de serviços e práticas na atenção primária. Isso faz com que o acesso ao cuidado e a alguns serviços e tecnologias sejam distribuídos de forma desigual entre as unidades. O que leva a pensar que a criação de consensos e algumas diretrizes acerca do tema, mesmo respeitando diferenças inevitáveis e previsíveis entre os serviços, poderiam facilitar a gestão de trabalho e tornar a oferta de serviços em saúde mais homogênea, igualitária e justa para a população;
2. A falta de ACS trabalhando em todas as microáreas é uma realidade preocupante já que acarreta sobrecarga aos demais ACS da ULS e também um viés de erro na quantificação da população adscrita, gerando por sua vez um conceito subestimado de necessidade populacional quanto ao número de ESF. Áreas sem cadastros familiares correspondem a um “cenário sem face”, pois não há um referencial para diagnóstico de comunidade ou análise de indicadores de saúde, impossibilitando a eficácia da Estratégia Saúde da Família. Para surpresa da pesquisadora, não foi destaque a falta de profissionais de nível superior nas ESF, aparecendo mais a falta de técnicos de enfermagem e ACS.
3. A ignorância por parte dos membros da equipe sobre a importância do trabalho do ACS ainda é uma realidade que deve ser combatida. Esse preconceito remete a um sistema curativista e médico centrado, com trabalho em equipe dificultado pela divisão rígida das tarefas e em alguns casos segregação dos ACS (que ficam restritos ao trabalho extra-muros), com não co-gestão e sem divisão das responsabilidades e dos méritos;
4. O acesso é organizado de forma heterogênea na ESF mas predomina uma avaliação de risco por parte da enfermagem que se necessário acessa um médico, não necessariamente mas preferencialmente da ESF do usuário (80%); o que é um grande avanço na evolução da assistência em saúde desmedicalizante e interdisciplinar. No entanto, é preocupante a

tendência de realização de pronto-atendimento médico desvinculada das equipes de saúde da família. Existe uma discrepância entre a concepção de APS por parte dos profissionais de saúde e os referenciais teóricos. Alguns membros das ESF, frente às dificuldades de realização de uma assistência integral e um acesso universal, apóiam a implantação de práticas de pronto atendimento dentro das ULS, prejudicando em parte a lógica do cuidado da atenção primária individualizada das ESF, induzindo atendimentos centrados na doença e medicalizantes;

5. Concluiu-se que a adscrição de clientela ainda é parcial nos atendimentos agendados, variando de regional a regional e de unidade a unidade (de 50% a 80% aproximadamente nas regionais). Isso fala fortemente a favor de que a Estratégia não está ainda capilarizada quanto à longitudinalidade e à personalização do cuidado, viabilizadas pela adscrição. Esse percentual é bem melhor para VD (80%) no município como um todo.

6. O matriciamento das ESF ainda é parcial e heterogêneo, nem é uma opção para todas as ULS (em algumas não há devido a falta de profissionais lotados na regional). Seria importante uma regulamentação mais precisa que permitisse o acesso ao matriciamento por todas as ULS e a conscientização das equipes para a sua realização pois a população tem se beneficiado grandemente desse cuidado. As ESF que realizam a prática da maneira preconizada passam a ver no matriciamento um momento de troca interprofissional e interdisciplinar, o que já é realidade em aproximadamente 50% das ULS de Florianópolis, que referem ser, o matriciamento, um momento de coordenação de cuidado e realização do PTI.

7. O presente estudo evidencia pontos positivos e negativos da evolução da implantação da ESF em Florianópolis. A análise crítico-reflexiva realizada sobre essas informações possibilita o debate e a elaboração de medidas que melhorem os três pontos de apoio fundamentais ao processo gestor - eficácia, eficiência e efetividade – e cumpre a função primordial da avaliação de programas e serviços que é produzir saúde.

8. Sugere-se, a partir dos resultados apresentados, o fomento pelas partes envolvidas (sociedade, secretaria de saúde e educação, etc) para a realização de estudos posteriores a esse, não com o intuito unicamente investigativo, mas como instrumento de gestão participativa entre equipes e regionais de saúde. Cabe às instâncias centrais e regionais de saúde oferecer espaço e orientação para que as ESF entendam que a avaliação crítico-reflexiva participativa é uma aliada dos processos de trabalho e objetiva melhorias na assistência em saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Calvo M.C.; Henrique F. **Avaliação: algumas concepções teóricas sobre o tema.**
2. Gairén-Sallán J. **La autoevaluación adridcional como vía para mejorar los centros educativos.** In Bordón, 45, n. 3, Madrid, Sociedad Española de Pedagogía, 1993.
3. Hilleboe D. In: Ramos R. **O problema da avaliação em Saúde Pública.** Rev. Saúde Pública, 1974; 8:305-14.
4. Andrade, L.O.M.; Barreto I.C.H.C.; Bezerra R.C. **Atenção Primária à Saúde e Estratégia Saúde da Família.** In Tratado de Saúde Coletiva. Editora Hucitec. São Paulo - Rio de Janeiro, 2007. P.783.
5. Vaistman, J. Saúde, cultura e necessidades. In: S. Fleury (org.) **Questionando a onipotência do social.** Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1992.
6. Campos, G. W. de S; Gutiérrez, A.C; Guerrero, A.V.P; Cunha, G.T. **Reflexões sobre a Atenção Básica e a Estratégia de Saúde da Família.** Capítulo 5 - Manual de Práticas de Atenção Básica: Série Ampliada e Compartilhada. São Paulo: Hucitec, 2008.
7. Gérvas, J.; FERNÁNDES, M. P. **El fundamento científico de la función de filtro del médico general.** Revista Brasileira de Epidemiologia, 2005.
8. Starfield, D. B. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia.** Brasília: UNESCO/Ministério da Saúde, 2002
9. Conill, E. M. **Sistemas comparados de saúde, Parte IV – Política, Gestão e Atenção em Saúde do Livro Tratado de Saúde Coletiva.** São Paulo – Rio de Janeiro: Hucitec, 2007.
10. Coelho, I. B. **Formas de Pensar e Organizar o Sistema de Saúde: os Modelos Assistenciais em Saúde,** capítulo 4 do livro Manual de Práticas de Atenção Básica: Série Ampliada e Compartilhada. São Paulo: Hucitec, 2008.
11. BRASIL. Constituição Federal de 1988. **Diário Oficial da União, 1988.**
12. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS no. 2.203, de 5 de novembro de 1996; **Gestão plena com responsabilidade pela saúde do cidadão (NOB 01/96)**
- Portaria no. 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do referido Pacto. Brasília, 2006.

13. Tesser, C.D.; Neto, P.P.; Campos, G. W. de S. **Acolhimento e (Des)Medicalização Social: Um Desafio para as Equipes de Saúde da Família.** Revista Ciência e Saúde Coletiva para a Sociedade. ABRASCO. 2007.
14. Vasconcelos, C. M. de; Pasche, D. F. **O Sistema Único de Saúde**, parte IV: Política, Gestão e Atenção em Saúde do Tratado de Saúde Pública. São Paulo – Rio de Janeiro: Hucitec, 2007.
15. Cunha, G.T. **A construção da clínica ampliada na atenção básica.** São Paulo: Hucitec, 2005.
16. BRASIL, Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica.** Série Pactos pela Saúde, volume 4, 2006.
17. Duncan, B.B.; Schmidt, M. I.; Giugliani, E. R. J. & COLS. **Medicina Ambulatorial: Condutas e Atenção Primária Baseadas em Evidências.** Porto Alegre: Artmed, 2004. CONILL, E. M.; **Políticas de atenção primária e reformas sanitárias: discutindo a avaliação a partir da análise do Programa Saúde da Família em Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 1994-2000.** Rio de Janeiro: Cadernos de Saúde Pública, páginas 191-202, 2002
18. Connil, E.M. **Políticas de atenção primária e reformas sanitárias: discutindo a avaliação a partir da análise do Programa Saúde da Família em Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 1994-2000.** Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro. 2002.
19. Furtado, J. P. **Avaliação de Programa e Serviços**, parte IV: Política, Gestão e Atenção em Saúde do Livro: Tratado de Saúde Coletiva. São Paulo – Rio de Janeiro: Hucitec, 2007.
20. Site:<http://dtr2002.saude.gov.br/proesf/autoavaliacaoesf/paginas/amqComoParticiparEquipesProfissionais.asp> (Acessado em 06/11/2009).
21. BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Avaliação para melhoria da qualidade da estratégia saúde da família – AMQ.** Brasília, 2005.
22. Dias, R. H.; Minozzo, F. **Avaliação para a Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família – AMQ: uma análise dos padrões de qualidade relacionados a ações de Nutrição.** Brasília: II Mostra de Alimentação e Nutrição no SUS e I Seminário Internacional de Nutrição na Atenção Primária, 2008.
23. Pinto, C. A. G. Diagnóstico compartilhado no trabalho das equipes de saúde da família. In: Campos, G.W.S.; Guerrero, A.V.P. (organizadores). **Manual de práticas**

- de atenção básica: saúde compartilhada e ampliada.** São Paulo: Aderaldo & Rothschild, 2008, pp. 298-322.
24. Gadamer, H. G. **Verdade e método II: Complementos e índice.** Tradução de Enio Paulo Giachini; revisão da tradução de Márcia Sá Cavalcante Schuback. 2ª edição. Petrópolis: Vozes; Bragança Paulista: Editora Universitária São Francisco, 2004.
 25. Site: <http://www.pmf.sc.gov.br/saude/> acessado em 08/11/09.
 26. Da Ros, M.A.; Henrique, F.; Gama, L. A.; Goronzi, T.A.; Soares, G.B. **Atenção Primária em saúde na Venezuela: misión Barrio Adentro I.** Organização Pan-Americana da Saúde, s/l, s/e, 2008.
 27. Campos, G. W. S. **Um Método para a análise e co-gestão de coletivos - a construção do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda.** 2ª edição. Editora Hucitec, São Paulo, 2005.
 28. Norman, A.H.; Tesser, C.D. **Prevenção quaternária na atenção primária à saúde: uma necessidade do Sistema Único de Saúde.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 25(9):2012-2020, set, 2009.
 29. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **“O dia em que o SUS visitou o cidadão”** Secretaria Executiva Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização.
 30. Oliveira, G.N. **O projeto terapêutico como contribuição para a mudança das práticas de saúde.** Campinas 2007.
 31. Borges, R.; Dohn, M. **O Trabalho da Equipe Interdisciplinar.**
 32. Peduzzi, M. et al. **Atividades educativas de trabalhadores na atenção primária: concepções de educação permanente e de educação continuada em saúde presentes no cotidiano de Unidades Básicas de Saúde em São Paulo.** Interface – Comunic., Saúde, Educ., 2009. ISSN 1414-3283. ISSN online 1807-5762. 2009.
 33. Balint, M. **O médico, seu paciente e a doença.** Trad. Roberto Musachio. Rio de Janeiro-São Paulo: Atheneu, 1984, 231 pp.
 34. Aguilera, C.E. **O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde da saúde da família.** Ciênc. Saúde Coletiva, v.8, n.2, p.569-84, 2003.
 35. Pinheiro, R.; Mattos, R.A. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde.** Rio de Janeiro: IMS/UERJ, CEPESC, ABRASCO, 2006.

LISTA DE TABELAS

Grupo de Tabelas 1 – Dados gerais quali e quantitativos acerca da composição das ESF e o número de microáreas descobertas por ULS. As listas das ULS numeradas aleatoriamente estão dispostas verticalmente, compondo a 1ª coluna das tabelas, à esquerda; enquanto o número de ESF e os componentes das ESF- médicos, enfermeiros, odontólogos, técnicos de enfermagem e ACS - estão dispostos na 1ª linha, juntamente com o número de microáreas descobertas. (Obs. Não contabilizados médicos com função única de coordenador)

Tabela 1.1. Regional Centro

ULS	ESF	Médicos	Enfermeiros	Odontólogos	Técnicos	ACS	Microáreas descobertas
1	3	4	4	2	7	18	3
2*	1	3	4	0	7	18	8
3	2	3	3	1	4	10	10
4	3	4	3	2	6	15	5
5	3	3	3	1	6	9	18
Total	12	17	17	6	30	70	44

*PACS

Tabela 1.2. Regional Continente

ULS	ESF	Médicos	Enfermeiros	Odontólogos	Técnicos	ACS	Microáreas descobertas
6	2	2	2	2	4	22	2
7	2	2	3	1	4	13	2
8	3	3	3	2	6	15	3
9	1	2	2	1	5	6	0
10	3	4	3	1	6	13	4
11	1	1	1	2	3	6	2
12	5	4	8	8	9	31	0
13	1	1	1	2	4	5	5
14	2	2	1	2	3	5	5
15	1	1	2	1	3	8	2
Total	21	22	26	22	47	124	25

Tabela 1.3. Regional Leste

ULS	ESF	Médicos	Enfermeiros	Odontólogos	Técnicos	ACS	Microáreas descobertas
16	2	2	2	1	3	8	3
17*	1	1	1	1	2	3	0
18	2	2	2	1	4	8	5
19	1	1	1	1	3	3	1
20	2	3	3	1	3	15	2
21	1	1	1	1	3	2	5
22	2	4	3	1	8	9	5
23	2	3	2	1	5	4	8
24	6	9	9	7	7	25	5
Total	19	26	24	15	38	76	29

*PACS

Tabela 1.4. Regional Norte

ULS	ESF	Médicos	Enfermeiros	Odontólogos	Técnicos	ACS	Microáreas descobertas
25	2	2	3	1	5	9	3
26	3	2	5	2	5	14	7
27	7	6	6	3	7	23	5
28	1	1	1	1	3	6	0
29	1	1	1	1	3	6	1
30	1	1	1	1	2	6	1
31	3	3	5	3	6	14	6
32	2	2	2	1	3	10	2
33	1	1	1	1	4	6	2
34*	1	1	2	1	0	3	0
Total	22	20	27	15	38	97	27

*PACS

Tabela 1.5. Regional Sul

ULS	ESF	Médicos	Enfermeiros	Odontólogos	Técnicos	ACS	Microáreas descobertas
35	1	1	1	1	2	7	0
36	1	2	2	2	2	5	3
37*	1	1	1	1	1	5	0
38	2	2	2	1	4	7	5
39	2	2	3	2	6	7	3
40	3	2	3	0	6	17	4
41	2	2	3	1	4	8	4
42	2	2	2	1	3	8	6
43	1	1	1	1	3	7	0
44	1	1	1	1	3	4	0
45	2	3	2	1	5	11	1
46	3	3	3	1	7	19	1
47	4	3	4	2	7	19	1
Total:	25	25	28	15	53	124	28

*PACS

Tabela 1.6. Dados acerca dos números totais de profissionais da APS distribuídos por regionais de saúde – médicos, enfermeiros, odontólogos, técnicos de enfermagem e ACS – juntamente com o número de ESF e microáreas descobertas por regionais; esses dados estão dispostos na 1ª linha da tabela, enquanto as regionais de saúde estão dispostas da 1ª coluna da tabela à esquerda. (Obs. Não contabilizados médicos com função única de coordenador)

Regionais	ESF	Médicos	Enfermeiros	Odontólogos	Técnicos	ACS	Microáreas descobertas
Centro	12	17	17	6	30	70	44
Continente	21	22	26	22	47	124	25
Leste	19	26	24	15	38	76	29
Norte	22	20	27	15	38	97	27
Sul	25	25	28	15	53	124	28
Total	99	110	122	73	206	491	153

Tabela 1.7. Dados acerca do número de ESF, número de médicos que trabalham 40h semanais, número de médicos que trabalha menos que 40h semanais e número que médicos contratados para o atendimento de intercorrências na ULS (independente da carga horária); esses dados estão dispostos na 1ª linha da tabela, enquanto que as regionais formam a 1ª coluna, à esquerda na tabela.

Regionais	ESF	Médicos 40h/sem	Médicos < 40h/sem	Médicos p/ Intercorrências
Centro	12	13	1	3
Continente	21	20	0	2
Leste	19	18	1	7
Norte	22	20	0	0
Sul	25	23	2	0
Total	99	94	4	12

Tabela 1.8. Dados acerca do número de ESF, número de enfermeiros, técnicos de enfermagem e ACS; esses dados estão dispostos na 1ª linha da tabela e as regionais estão dispostas na 1ª coluna da tabela, à esquerda.

Regionais	ESF	Enfermeiros	Técnicos	ACS
Centro	12	17	30	70
Continente	21	26	47	124
Leste	19	24	38	76
Norte	22	27	38	97
Sul	25	28	53	124
Total	99	122	206	491

Tabela 1.9. Dados acerca da falta de ACS trabalhando na áreas descobertas. As causas relatadas são: problemas em fazer novas contratações, licenças médicas e redivisão de áreas, que exigiriam contratação de mais profissionais para formar as novas equipes – esses dados estão dispostos na 1ª linha da tabela; as regionais estão na 1ª coluna, à esquerda, na tabela.

Regionais	Contratação	Licenças Médicas	Redivisão das Áreas
Centro	60%	20%	20%
Continente	37,50%	62,50%	0%
Leste	83,33%	16,67%	0%
Norte	60%	40%	0%
Sul	40%	60%	0%
Total	56,17%	39,83%	4%

Grupo de Tabelas 2 - Dados acerca da prática de adscrição pelas ESF na organização das agendas, do acolhimento e da VD. A 1ª coluna das tabelas é composta pelas ULS numeradas enquanto que a 1ª linha traz as informações quanto ao tema das tabelas (adscrição).

Tabela 2.1. Regional Centro

ULS	Adscrição agendas	Adscrição acolhimento	Adscrição VD
1	não	não	sim
2	sim	não	sim
3	sim	não	sim
4	sim	não	sim
5	sim	sim	sim
Total:	80%	20%	100%

Tabela 2.2. Regional Continente

ULS	Adscrição agendas	Adscrição acolhimento	Adscrição VD
6	não	não	não
7	sim	não	sim
8	não	não	sim
9	não	não	sim
10	não	não	sim
11	sim	não	sim
12	sim	não	sim
13	sim	não	sim
14	sim	sim	sim
15	não	não	não
Total	50% sim	10% sim	80% sim

Tabela 2.3. Regional Leste

ULS	Adscrição agendas	Adscrição acolhimento	Adscrição VD
16	não	não	não
17	não	sim	sim
18	sim	não	sim
19	sim	não	sim
20	não	não	não
21	sim	sim	sim
22	não	não	sim
23	sim	não	não
24	sim	sim/não	sim
Total	55,55% sim	33,33%sim	66,67%sim

Tabela 2.4. Regional Norte

ULS	Adscrição agendas	Adscrição acolhimento	Adscrição VD
25	sim	não	sim
26	sim	sim	sim
27	sim	não	sim
28	sim	não	sim
29	sim	não	sim
30	não	não	sim
31	sim	sim	sim
32	sim	não	sim
33	não	não	sim
34	sim	não	sim
Total	80% sim	20% sim	100% sim

Tabela 2.5. Regional Sul

ULS	Adscrição agendas	Adscrição acolhimento	Adscrição VD
35	sim	não	sim
36	não	não	sim
37	não	não	sim
38	sim	não	sim
39	sim	sim	sim
40	sim	sim	sim
41	sim	não	sim
42	sim	não	sim
43	sim	não	sim
44	não	não	sim
45	não	não	não
46	sim	não	sim
47	sim	sim	sim
Total	69,23% sim	23,07% sim	90% sim

Tabela 2.6. Dados acerca da prática de adscrição das agendas, do acolhimento e das visitas domiciliares (VD); que estão dispostos na 1ª linha da tabela e as regionais estão dispostas na 1ª coluna da tabela, à esquerda.

Regional	Agendas	Acolhimento	VD
Centro	80%	20%	100%
Continente	50%	10%	80%
Leste	56%	33,33%	66,67%
Norte	80%	20%	100%
Sul	69,23%	23,07%	90%
Total	67,04%	21,28%	87,33%

Grupo de Tabelas 3 - Dados acerca dos registros populacionais; na 1ª linha das tabelas estão dispostas as variáveis – população segundo registros do IBGE e população segundo registros das ULS, feitos pelos ACS; há ainda a porcentagem de cobertura das microáreas pelos ACS. Na 1ª coluna estão dispostas as ULS numeradas.

Tabela 3.1. Regional Centro

ULS	IBGE (hab)	Cadastro ULS (hab)	% de cobertura da ULS
1	17109	14700	85,71%
2	34987	35000	69,23%
3	12815	14000	50%
4	7999	9000	75%
5	19467	*	33,33%
Total	60877	72700	62,65%

* Sem dados da ULS.

Tabela 3.2. Regional Continente

ULS	IBGE (hab)	Cadastro ULS (hab)	% de cobertura da ULS
6	20275	21000	91,66%
7	9107	7500	86,66%
8	10446	9232	83,33%
9	6104	6000	100%
10	7487	6450	76,47%
11	4432	3500	75%
12	14822	16000	100%
13	7384	9000	50%
14	5829	6000	50%
15	5864	5700	80%
Total	91715	90382	79,31%

Tabela 3.3. Regional Leste

ULS	IBGE (hab)	Cadastro ULS (hab)	% de cobertura da ULS
16	5108	4268	72,72%
17*	1149	1500	100
18	11625	12000	61,53%
19	778		
20	11609	17000	88,23%
21	4060	4500	28,57%
22	8185	8000	64,28%
23	7443	7520	33,33%
24	12484	15000	83,33%
Total	62441	69788	67,44%

Tabela 3.4. Regional Norte

ULS	IBGE (hab)	Cadastro ULS (hab)	% de cobertura da ULS
25	6175	8000	66,66%
26	9590	12750	66,66%
27	19363	26000	82,14%
28	4703	4500	100%
29	3848	5000	85,71%
30	2320	3800	85,71%
31	7953	7500	70%
32	6934	7500	83,33%
33	3176	3000	75%
34	1405	2200	100%
Total	65467	80250	81,52%

Tabela 3.5. Regional Sul

ULS	IBGE (hab)	Cadastro ULS (hab)	% de cobertura da ULS
35	3493	4000	100%
36	3806	4500	62,50%
37	246	1650	100%
38	6989	7000	58,33%
39	6632	5700	70%
40	10911	13500	80,95%
41	5214	6000	66,66%
42	4704	10000	57,14%
43	3026	2700	100%
44	3659	4200	100%
45	6128	8000	91,66%
46	12386	13500	95%
47	10021	12000	95%
Total	77215	92750	82,86%

Grupo de Tabelas 4 - Dados acerca da gestão do trabalho nas ULS de Florianópolis. Na 1ª linha estão dispostas as variáveis: reunião de ESF (onde toda a ESF participa), frequência semanal das reuniões de ESF e presença dos ACS nas reuniões; os valores finais são o resultado das respostas “sim” – ou seja, respostas onde a variável está presente; esses valores são trazidos sob a forma de porcentagens.

Tabela 4.1. Regional Centro

ULS	Reunião ESF	Semanal	Todos ACS
1	sim	sim	sim
2	não	não	não
3	sim	sim	sim
4	sim	sim	sim
5	sim	sim	sim
Total	80%	100%	100%

Tabela 4.2. Regional Continente

ULS	Reunião ESF	Semanal	Todos ACS
6	sim	não	sim
7	sim	sim	sim
8	sim	não	sim
9	não	não	não
10	sim	sim	sim
11	sim	sim	sim
12	sim	sim	sim
13	sim	não	sim
14	não	não	não
15	não	não	não

Total	70%	57,14%	100%
--------------	------------	---------------	-------------

Tabela 4.3. Regional Leste

ULS	Reunião ESF	Semanal	Todos ACS
16	sim	sim	sim
17	não	não	não
18	sim	sim	sim
19	sim	sim	sim
20	sim	sim	sim
21	não	não	não
22	sim	sim	sim
23	sim	sim	sim
24	sim	sim	sim
Total	78%	78%	78%

Tabela 4.4. Regional Norte

ULS	Reunião ESF	Semanal	Todos ACS
25	não	não	não
26	sim	não	sim
27	sim	sim	sim
28	não	não	não
29	sim	sim	sim
30	sim	sim	sim
31	sim	sim	sim
32	não	não	não
33	não	não	não
34	não	não	não
Total	50%	80%	100%

Tabela 4.5. Regional Sul

ULS	Reunião ESF	Semanal	Todos ACS
35	não	não	não
36	sim	sim	sim
37	não	não	não
38	sim	sim	sim
39	sim	sim	sim
40	sim	sim	sim
41	sim	sim	sim
42	não	não	não
43	sim	sim	sim
44	não	não	não
45	sim	sim	sim
46	sim	sim	sim
47	sim	sim	sim
Total	69,23%	100%	100%

Tabela 4.6. Dados acerca da presença de todos os ACS nas reuniões de ULS; os valores estão descritos em porcentagens; as regionais estão dispostas na 1ª coluna da tabela, à esquerda.

Todos ACS na Reunião da	
Regional	ULS
Centro	80%
Continente	70%
Leste	66,66%
Norte	90%
Sul	84,62%
Total	78,26%

Tabela 4.7. Dados acerca da presença de reuniões de ESF, a periodicidade semanal, e presença de todos os ACS nestas; essas variáveis estão dispostas na 1ª linha da tabela e as regionais estão dispostas na 1ª coluna da tabela, à esquerda.

Regional	Reunião de ESF	Semanal	Todos os ACS
Centro	80%	100%	100%
Continente	70%	57,14%	100%
Leste	78%	100%	100%
Norte	50%	80%	100%
Sul	69,23%	100%	100%
Total	69,45%	87,43%	100%

Grupo de Tabelas 5 - Dados acerca das formas de acolhimento da população: A. Grupo de profissionais contratados para realizar exclusivamente acolhimento, não faz parte de uma ESF; B. O acolhimento é feito por membros de uma ESF, sendo realizada avaliação de risco e avaliada necessidade de consulta médica ou resolução do problema conjuntamente ali mesmo, durante o momento do acolhimento; C. As ESF se revezam entre si e organizam o dia do acolhimento, ou seja, naquele dia aquela ESF não fará atendimento da sua área, pois estará atendendo o acolhimento da ULS. As tabelas trazem os dados individuais das ULS por regionais quanto ao tipo de acolhimento realizado (A/B/C) e ainda quanto a adscrição por área (dados contidos na 1ª linha das tabelas); as ULS estão numeradas na 1ª coluna das tabelas.

Tabela 5.1. Regional Centro

ULS	A	B	C	adscrito	aberto
1		x			x
2		x			x
3		x			x
4	x				x
5		x		x	
Total	20%	80%	0%	20%	80%

Tabela 5.2. Regional Continente

ULS	A	B	C	adscrito	aberto
6		x			x
7		x			x
8		x			x
9	x				x
10	x				x
11		x		x	
12		x			x
13		x			x
14		x			x
15		x			x
Total	20%	80%	0%	10%	90%

Tabela 5.3. Regional Leste

ULS	A	B	C	adscrito	aberto
16		x			x
17		x		x	
18		x			x
19		x			x
20	x				x
21		x		x	
22	x				x
23		x			x
24*	x	x		x	x
Total	30,00%	70,00%	0%	33,33%	77,78%

* 11,11% do acolhimento constitui-se da associação: adscrito+aberto.

Tabela 5.4. Regional Norte

ULS	A	B	C	adscrito	aberto
25		x			x
26		x		x	
27			x		x
28		x			x
29		x			x
30		x			x
31		x		x	
32		x			x
33		x			x
34	x				x
Total	10%	80%	10%	20%	80%

Tabela 5.5. Regional Sul

ULS	A	B	C	adscrito	aberto
35		x			x
36		x			x
37		x			x
38		x			x
39		x		x	
40		x		x	
41		x			x
42		x			x
43		x			x
44		x			x
45		x			x
46			x		x
47		x		x	
Totais	0,00%	92,31%	8%	23,07%	76,93%

Tabela 5.6. Dados acerca da prática de adscrição do acolhimento nas regionais. Os dados são expressos em valores percentuais. A existência de acolhimento adscrito em uma regional pode coexistir com atendimento aberto, já que em algumas ULS ocorre as duas formas de acolhimento, dependendo do período do dia, ou semana.

Regional	Adscrito	Aberto
Centro	20%	80%
Continente	10%	90%
Leste	33,33%	77,78%
Norte	20%	80%
Sul	23,07%	76,93%
Total	21,28%	80,94%

Tabela 5.7. Dados acerca das formas de acolhimento da população: A. Grupo de profissionais contratados para realizar exclusivamente acolhimento, não faz parte de uma ESF; B. O acolhimento é feito por membros de uma ESF, sendo realizada avaliação de risco e avaliada necessidade de consulta médica ou resolução do problema conjuntamente ali mesmo, durante o momento do acolhimento; C. As ESF se revezam entre si e organizam o dia do acolhimento, ou seja, naquele dia aquela ESF não fará atendimento da sua área, pois estará atendendo o acolhimento da ULS. A tabela traz os dados percentuais comparativos entre regionais de saúde.

Regional	A	B	C
Centro	20%	80%	0%
Continente	20%	80%	0%
Leste	30,00%	70%	0%
Norte	10%	80%	10%
Sul	0%	92,31%	7,69%
Total	16,00%	80,00%	4,00%

Grupo de Tabelas 6 - Dados acerca do tipo de agendamento – Agenda Aberta, Semanal, Quinzenal, Mensal, Bimensal – e o tempo máximo de espera pela consulta agendada (em semanas) – esses dados qualitativos estão dispostos na 1ª linha das tabelas enquanto que as ULS estão numeradas na 1ª coluna das tabelas.

Tabela 6.1. Regional Centro

ULS	Agenda aberta	Semanal	Quinzenal	Mensal	Tempo máximo de espera
1				x	4 semanas
2				x	1 semana
3				x	4 semanas
4	x				4 semanas
5				x	5 semanas
Total	20%	0%	0%	80%	3 semanas e meia

Tabela 6.2. Regional Continente

ULS	Agenda aberta	Semanal	Quinzenal	Mensal	Tempo máximo de espera
6				x	4 semanas
7	x				2 semanas
8		x			1 semana
9	x				2 semanas
10	x				2 semanas
11	x				6 semanas
12			x		4 semanas
13			x		4 semanas
14		x			1 semana
15		x			1 semana
Total	40%	30%	20%	10%	3 semanas

Tabela 6.3. Regional Leste

ULS	Agenda aberta	Semanal	Quinzenal	Mensal	Tempo máximo de espera
16				x	4 semanas
17	x				1 semana
18	x				4 semanas
19				x	1 semana
20	x				2 semanas
21			x		2 semanas
22	x				4 semanas
23	x				2 semanas
24		x			1 semana
Total	55,56%	11,11%	11,11%	22,22%	2 semanas e meia

Tabela 6.4. Regional Norte

ULS	Agenda aberta	Semanal	Quinzenal	Mensal	Tempo máximo de espera
25			x	x	4 semanas
26				x	4 semanas
27	x				12 semanas
28				x	8 semanas
29	x				16 semanas
30	x				4 semanas
31				x	4 semanas
32	x				1 semana
33				x	4 semanas
34	x				1 semana
Total	50%	0%	0%	50%	6 semanas

Tabela 6.5. Regional Sul

ULS	Agenda aberta	Semanal	Quinzenal	Mensal	Tempo máximo de espera
35		x	x		4 semanas
36				x	6 semanas
37	x				1 semana
38				x	4 semanas
39	x				6 semanas
40		x			1 semana
41		x			3 semanas
42		x			1 semana
43				x	6 semanas
44				x	3 semanas
45			x		2 semanas
46		x			3 semanas
47*					8 semanas
Total	15,38%	38,46%	7,69%	30,77*	4 semanas

* 2 meses (7,69%)

Tabela 6.6. Dados acerca do tipo de agendamento – Agenda Aberta, Semanal, Quinzenal, Mensal, Bimensal – em médias percentuais e o tempo máximo de espera pela consulta agendada (em semanas) – em médias percentuais para a cidade de Florianópolis.

Tipos Agendamento	%	Tempo para consulta
Agenda Aberta	36,19%	4 semanas
Semanal	16,19%	1 semana e meia
Quinzenal	8,04%	4 semanas
Mensal	38,60%	4 semanas
Bimensal	1,54%	8 semanas

Tabela 7 - Dados acerca da reserva de vagas para ações programáticas – atendimento de idosos, gestantes, puericultura, diabéticos, hipertensos – em relação à regional de saúde; as regionais estão dispostas da 1ª coluna da tabela, à esquerda e os valores são descritos sob a forma de percentuais.

Regionais	Reserva vagas na ULS
Centro	80%
Continente	90%
Leste	55,56%
Norte	60%
Sul	92,31%
Total	76,00%

Grupo de Tabelas 8 - Dados acerca das visitas domiciliares, quanto à periodicidade – 2 vezes na semana (2x/semana), semanal, quinzenal, mensal, outro – e dados acerca dos membros da ESF que participam das VD; esses dados qualitativos estão dispostos na 1ª linha das respectivas tabelas (periodicidade das VD e profissionais nas VD) enquanto que as ULS compõem a 1ª coluna das tabelas.

Tabela 8.1.1. Regional Centro - Periodicidade

ULS	Semanal	2x/semana	Quinzenal	Mensal	Outro
1	x				
2	x				
3	x				
4	x				
5	x				
Total	100%	0%	0%	0%	0%

Tabela 8.1.2. Regional Centro - Profissionais

ULS	Médico	Enfermeiro	Médico ou enfermeiro	ACS	Técnico	Matriciador	Outro
1	x	x		x			
2	x	x		x			
3	x	x		x			
4	x	x		x			
5	x	x		x	x		
Total	100%	100%	0%	100%	20%	0%	0%

Tabela 8.2.1. Regional Continente - Periodicidade

ULS	Semanal	2x/semana	Quinzenal	Mensal	Outro
6	x				
7	x				
8	x				
9	x				
10	x				
11	x				
12	x				
13	x				
14	x				
15	x				diária com enfermeira + ACS
Total	100%	0%	0%	0%	10%

Tabela 8.2.2. Regional Continente – Profissionais

ULS	Médico	Enfermeiro	Médico ou Enfermeiro	ACS	Técnico	Matriciador	Outro
6	x	x		x			
7	x	x		x			
8	x	x		x	x	x	
9		x		x	x		
10			x	x			
11	x	x		x	x		dentista/ACD
12	x	x		x	x		
13			x	x	x		
14	x			x			
15	x	x		x			
Total	70%	70%	20%	100%	50%	10%	10%

Tabela 8.3.1. Regional Leste - Periodicidade

ULS	Semanal	2x/semana	Quinzenal	Mensal	Outro
16	x				
17	x				
18	x				
19		x			
20	x				
21	x				
22	x				
23	x				diária com técnicos
24	x				
Total	88,89%	11,11%	0%	0%	11,11%

Tabela 8.3.2. Regional Leste - Profissionais

ULS	Médico	Enfermeiro	Médico ou Enfermeiro	ACS	Técnico	Matriciador	Outro
16	x	x		x			
17			x			x	
18	x	x		x			
19	x			x			Estudantes
20	x	x		x		x	
21	x			x	x	x	
22	x	x		x	x	x	
23			x	x			
24	x	x		x	x		Estudantes
Total	77,78%	55,56%	22,22%	88,89%	33,33%	44,44%	11,11%

Tabela 8.4.1. Regional Norte - Periodicidade

ULS	Semanal	2x/semana	Quinzenal	Mensal	Outro
25	x				
26	x				
27	x				
28	x				
29				x	
30				x	
31	x				
32					x
33				x	
34	x				
Total	60%	0%	30%	10%	0%

Tabela 8.4.2. Regional Norte - Profissionais

ULS	Médico	Enfermeiro	Médico ou Enfermeiro	ACS	Técnicos	Matriciadores	Outro
25			x	x			
26	x	x		x			
27	x	x		x			
28			x	x			
29			x	x			
30			x	x	x		
31	x	x		x	x		
32	x	x		x			
33			x	x			
34	x	x		x			
Total	50%	50%	50%	100%	20%	0%	0%

Tabela 8.5.1. Regional Sul - Periodicidade

ULS	Semanal	2X/semana	Quinzenal	Mensal	Outro
35	x				
36			x		
37	x				
38	x				
39				x	
40	x				
41	x		x		
42	x				
43	x				
44			x		
45		x			
46	x				
47	x				
Total	69,23%	7,69%	23,08%	7,69%	0%

Tabela 8.5.2. Regional Sul - Profissionais

ULS	Médico	Enfermeiro	Médico ou Enfermeiro	ACS	Técnico	Matriciador	Outro
35	x	x		x	x	x	estudante
36	x						
37	x	x		x			
38			x	x			
39	x	x		x			
40	x	x		x			
41	x	x		x	x		estudantes
42	x	x		x	x		
43	x			x		x	pediatra
44	x			x	x		
45	x	x		x	x		
46	x	x		x	x		
47	x	x		x	x		
Total	92,31%	69,23%	7,69%	92,31%	53,85%	15,38%	23,08%

Tabela 8.6. Dados acerca da periodicidade das VD nas regionais de saúde de Florianópolis. As variáveis de periodicidade estão dispostas na 1ª linha da tabela enquanto as regionais formam a 1ª coluna da tabela. Os valores estão sob a forma de porcentagens.

Regional	Semanal	2x/semana	Quinzenal	Mensal	Outro
Centro	100%	0%	0%	0%	0%
Continente	100%	0%	0%	0%	10%
Leste	88,89%	11,11%	0%	0%	11,11%
Norte	60%	0%	30%	10%	0%
Sul	69,23%	7,69%	23,08%	7,69%	0%
Total	83,62%	3,77%	10,62%	3,54%	4,22%

Tabela 8.7. Dados acerca dos profissionais que participam das VD nas regionais de saúde de Florianópolis. As variáveis de periodicidade estão dispostas na 1ª linha da tabela enquanto as regionais formam a 1ª coluna da tabela. Os valores estão sob a forma de porcentagens.

Regional	Médico ou						
	Médico	Enfermeiro	Enfermeiro	ACS	Técnico	Matriciador	Outro
Centro	100%	100%	0%	100%	20%	0%	0%
Continente	70%	70%	20%	100%	50%	10%	10%
Leste	77,78%	55,56%	22,22%	88,89%	33,33%	44,44%	11,11%
Norte	50%	50%	50%	100%	20%	0%	0%
Sul	92,31%	69,23%	7,69%	92,31%	53,85%	15,38%	23,08%
Total	78,02%	68,96%	19,98%	96,24%	35,44%	13,96%	8,84%

Grupo de Tabelas 9 - Dados sobre as especialidades que compõem a prática de matriciamento das ULS – psiquiatria, psicologia, pediatria, ginecologia/obstetrícia (GO), dermatologia (Dermato), geriatria, nutrição – dispostas na 1ª linha das tabelas; enquanto as ULS estão numeradas na 1ª coluna das tabelas.

Tabela 9.1. Regional Centro

ULS	Psiquiatria	Psicologia	Pediatria	GO	Dermato	Geriatria	Nutrição
1	sim	sim	sim	sim	não	não	não
2	sim	não	não	não	não	sim	não
3	sim	sim	não	não	não	sim	sim
4	sim	não	não	não	não	sim	não
5	sim	sim	não	não	não	sim	não
Total	100%	60%	20%	20%	0%	80%	20%

Tabela 9.2. Regional Continente

ULS	Psiquiatria	Psicologia	Pediatria	GO	Dermato	Geriatria	Nutrição
6	sim	não	não	não	não	sim	não
7	sim	sim	não	não	não	sim	não
8	sim	sim	não	não	não	sim	não
9	sim	não	não	não	não	sim	não
10	sim	sim	não	não	não	sim	não
11	sim	sim	não	não	não	sim	não
12	sim	sim	não	não	não	sim	sim
13	sim	não	não	não	não	sim	não
14	sim	sim	não	não	não	não	não
15	sim	não	não	não	não	sim	não
Total	100%	60%	0%	0%	0%	90%	10%

Tabela 9.3. Regional Leste

ULS	Psiquiatria	Psicologia	Pediatria	GO	Dermato	Geriatrics	Nutrição
16	sim	sim	não	não	não	sim	sim
17	sim	sim	não	não	não	sim	sim
18	sim	não	não	não	não	sim	não
19	sim	sim	sim	não	não	sim	sim
20	sim	não	não	não	não	sim	sim
21	sim	não	sim	não	não	sim	sim
22	sim	não	sim	sim	não	sim	não
23	sim	não	não	não	não	sim	não
24	sim	não	sim	não	não	sim	não
Total	100%	33,33%	44,44%	11,11%	0%	100%	55,56%

Tabela 9.4. Regional Norte

ULS	Psiquiatria	Psicologia	Pediatria	GO	Dermato	Geriatrics	Nutrição
25	sim	sim	sim	sim	não	não	não
26	sim	sim	sim	não	não	não	não
27	sim	sim	sim	não	não	não	não
28	sim	sim	sim	não	não	não	sim
29	sim	sim	sim	sim	não	não	não
30	sim	sim	não	não	não	não	não
31	sim	sim	sim	sim	não	não	não
32	sim	não	não	sim	não	não	sim
33	sim	sim	sim	não	não	não	sim
34	sim	não	sim	não	não	não	sim
Total	100%	80%	80%	40%	0%	0%	40%

Tabela 9.5. Regional Sul

ULS	Psiquiatria	Psicologia	Pediatria	GO	Dermato	Geriatrics	Nutrição
35	sim	sim	sim	não	sim	sim	sim
36	sim	sim	não	não	sim	sim	sim
37	sim	sim	sim	não	não	não	não
38	sim	sim	sim	não	sim	não	sim
39	sim	sim	não	sim	sim	sim	sim
40	sim	sim	não	não	sim	sim	sim
41	sim	sim	não	não	sim	sim	sim
42	sim	não	não	não	sim	não	sim
43	sim	sim	sim	não	não	sim	sim
44	sim	sim	sim	não	não	sim	sim
45	sim	não	não	não	sim	sim	sim
46	sim	sim	sim	não	sim	sim	não
47	sim	sim	sim	sim	sim	não	sim
Total	100%	84,61%	53,85%	15,38%	76,92%	69,23%	84,62%

Tabela 9.6. Dados sobre as especialidades que compõem a prática de matriciamento das regionais – psiquiatria, psicologia, pediatria, ginecologia/obstetrícia (GO), dermatologia (Dermato), geriatria, nutrição – dispostas na 1ª linha das tabelas; enquanto as regionais estão numeradas na 1ª coluna das tabelas. Os dados estão apresentados sob a forma de porcentagens.

Regional	Psiquiatria	Psicologia	Pediatria	GO	Dermato	Geriatria	Nutrição
Centro	100%	60%	20%	20%	0%	80%	20%
Continente	100%	60%	0%	0%	0%	90%	10%
Leste	100%	33,33%	44,44%	11,11%	0%	100%	55,56%
Norte	100%	80%	80%	40%	0%	0%	40%
Sul	100%	84,61%	53,85%	15,38%	76,92%	69,23%	84,62%
Total	100%	63,59%	39,66%	17,30%	15,38%	67,85%	42,04%

Tabela 9.7. Dados acerca das formas de atendimento na prática do matriciamento – conjunto; atende pacientes encaminhados pela ESF; atende em agenda própria (livre demanda) ou faz discussão dos casos de matriciamento em reuniões – essas variáveis estão dispostas na 1ª linha da tabela e as regionais na 1ª coluna da tabela; os números estão apresentados sob a forma e porcentagens. Mais de uma forma de matriciamento podem coexistir em cada regional.

Regional	Atendimento em conjunto	Atendimento de encaminhamentos	Agenda Própria	Reunião
Centro	38%	23%	15%	23%
Continente	66,66%	6,66%	20%	6,66%
Leste	32,00%	32,00%	12,00%	24,00%
Norte	35,71	17,86%	17,86%	28,57%
Sul	40%	30%	10%	20%
Total	42,47%	21,73%	14,97%	20,45%

Grupo de Tabelas 10 - Dados acerca da realização ou não da prática de Projeto Terapêutico Individual e do momento em que é realizado – durante a reunião de ESF, durante as reuniões ou interconsultas do matriciamento ou no dia a dia.

Tabela 10.1. Regional Centro

ULS	Realiza	Não realiza	Reunião ESF	Matriciamento	outro
1	x		x	x	
2	x			x	
3		x			
4	x		x	x	
5	x			x	
Total	80%	20%	20%	80%	0%

Tabela 10.2. Regional Continente

ULS	Realiza	Não realiza	Reunião ESF	Matriciamento	outro
6	x				dia a dia
7		x			
8	x		x		
9		x			
10	x		x		
11	x			x	
12		x			
13				x	
14		x			
15	x		x		
Total	60%	40%	60%	40%	20%

Tabela 10.3. Regional Leste

ULS	Realiza	Não realiza	Reunião ESF	Matriciamento	outro
16	x		x		
17		x			
18	x		x		
19	x		x		
20		x			
21		x			
22		x			
23	x		x		
24	x		x	x	
Total	56%	44%	83%	17%	0%

Tabela 10.4. Regional Norte

ULS	Realiza	Não realiza	Reunião ESF	Matriciamento	outro
25		x			
26		x			
27		x			
28	x			x	
29		x			
30		x			
31	x		x		
32	x			x	
33		x			
34		x			
Total	30%	70%	33,33%	66,66%	0%

Tabela 10.5. Regional Sul

ULS	Realiza	Não realiza	Reunião ESF	Matriciamento	Outro
35	x		x	x	
36		x			
37		x			
38		x			
39	x		x		
40	x			x	
41	x		x		
42		x			
43	x		x	x	
44	x				dia a dia
45	x				dia a dia
46	x			x	
47		x			
Total	61,54%	30,77%	40%	40%	20%

Tabela 10.6. Dados acerca da realização ou não da prática de Projeto Terapêutico Individual nas regionais de saúde em Florianópolis; os dados são apresentados sob a forma de porcentagens.

Regional	Realiza	Não Realiza
Centro	80%	20%
Continente	60%	40%
Leste	56%	44%
Norte	30%	70%
Sul	61,54%	38,46%
Total	57,51%	42,49%

Tabela 10.7. Dados acerca do momento em que ocorre a prática do Projeto Terapêutico Individual – durante a reunião de ESF, durante as reuniões ou interconsultas do matriciamento ou no dia a dia; os dados são apresentados em porcentagens. Em algumas regionais ocorre mais de um momento apontado como espaço de realização de PTI.

Regional	Reunião de		
	ESF	Matriciamento	Dia a dia
Centro	20%	80%	0%
Continente	60%	40%	20%
Leste	83%	17%	0%
Norte	33,33%	66,66%	0%
Sul	40%	40%	20%
Total	47,27%	48,73%	8%

Grupo de Tabelas 11 - Dados acerca da prática de educação permanente – se é realizada de rotina na ULS ou não - e em que momentos se dá – no matriciamento, na reunião de ESF, através dos cursos da SMS, na reunião de ULS ou em outro momento específico.

Tabela 11.1. Regional Centro

ULS	Não realiza	Matriciamento	Reunião ESF	Cursos da SMS	Reunião da ULS	Outro
1			x			
2				x		
3		x				
4	x					
5	x					
Total	40%	20,00%	20,00%	20,00%	0%	0%

Tabela 11.2. Regional Continente

ULS	Não realiza	Matriciamento	Reunião ESF	Cursos da SMS	Reunião da ULS	Outro
6	x					
7				x		
8					x	
9		x	x			
10			x	x		
11			x			
12			x			
13						x
14	x					
15					x	
Total	20%	10%	40%	20%	20%	10%

Tabela 11.3. Regional Leste

ULS	Não realiza	Matriciamento	Reunião ESF	Cursos da SMS	Reunião da ULS	Outro
16	x					
17	x					
18			x			
19	x					
20	x					
21					x	
22	x					
23					x	
24			x			x
Total	56%	0%	40%	0%	40%	20%

Tabela 11.4. Regional Norte

ULS	Não realiza	Matriciamento	Reunião ESF	Cursos da SMS	Reunião da ULS	Outro
25	x					
26				x		
27			x			
28			x	x		
29					x	
30			x			
31				x		
32			x			
33	x					
34		x				
Total	20%	11,11%	44,44%	33,33%	11,11%	0%

Tabela 11.5. Regional Sul

ULS	Não realiza	Matriciamento	Reunião ESF	Cursos da SMS	Reunião da ULS	Outro
35		x				x
36	x					
37				x		
38	x					
39				x		
40					x	
41	x					
42	x					
43		x	x			
44					x	
45					x	
46	x					
47	x					
Total	46,15%	22,22%	11,11%	22,22%	33,33%	11,11%

Tabela 11.6. Dados acerca da prática de educação permanente nas regionais de saúde em Florianópolis; os dados são apresentados sob a forma de porcentagens.

Regional	Não Realiza	Realiza
Centro	40%	60%
Continente	20%	80%
Leste	56%	44%
Norte	20%	80%
Sul	46,15%	53,85%
Total	36,43%	63,57%

Tabela 11.7. Dados acerca dos momentos de prática da educação permanente – no matriciamento, na reunião de ESF, através dos cursos da SMS, na reunião de ULS ou em outro momento; essas variáveis estão dispostas na 1ª linha da tabela enquanto a lista das

regionais estão 1ª coluna à esquerda. Os dados são apresentados sob a forma de porcentagens. Em algumas regionais coexistem as práticas de educação permanente em mais de um dos momentos citados.

Regionais	Matriciamento	Reunião ESF	Cursos da SMS	Reunião da ULS	Outro
Centro	33,33%	33,33%	33,33%	0%	0%
Continente	10%	40%	20%	20%	10%
Leste	0%	40%	0%	40%	20%
Norte	11,11%	44,44%	33,33%	11,11%	0%
Sul	22,22%	11,11%	22,22%	33,33%	11,11%
Total	15,33%	33,78%	21,78%	20,89%	8,22%

Grupo de Tabelas 12 - Dados acerca da realização ou não de grupos, se há adscritos à área de cada ESF ou são abertos para população de qualquer área e as modalidades dessa atividade – grupo de gestante, tabagismo, hipertensão arterial (HAS), diabetes melito (DM) e outros grupos; essas variáveis estão dispostas na 1ª linha da tabela, enquanto que as ULS numeradas estão na 1ª coluna à esquerda.

Tabela 12.1. Regional Centro

ULS	Não realiza	Aberto	Por área	Gestante	Tabagismo	HAS	DM	Outro
1		x		x	x		x	x
2			x		x		x	x
3		x			x	x	x	x
4		x		x	x		x	x
5		x		x	x	x	x	x
Total	0%	80%	20%	15,00%	25,00%	10,00%	25,00%	25,00%

Tabela 12.2. Regional Continente

ULS	Não realiza	Aberto	Por área	Gestante	Tabagismo	HAS	DM	Outro
6	x							
7	x							
8		x		x	x			x
9		x			x	x	x	x
10		x			x	x	x	x
11	x							
12		x		x		x	x	x
13			x		x			x
14		x			x			
15		x		x		x	x	x
Total	30,00%	85,71%	14,29%	13,64%	22,73%	18,18%	18,18%	27,27%

Tabela 12.3. Regional Leste

ULS	Não realiza	Aberto	Por área	Gestante	Tabagismo	HAS	DM	Outro
16		x				x		x
17			x		x			x
18		x						x
19		x			x			x
20		x				x	x	x
21		x				x	x	x
22		x		x	x	x	x	x
23	x							
24			x	x	x	x	x	x
Total	11,11%	75,00%	25,00%	8,70%	17,39%	21,74%	17,39%	34,78%

Tabela 12.4. Regional Norte

ULS	Não realiza	Aberto	Por área	Gestante	Tabagismo	HAS	DM	Outro
25			x	x	x	x	x	x
26		x		x	x	x	x	x
27		x		x	x		x	x
28	x							
29		x		x	x	x	x	
30		x		x		x	x	x
31			x	x	x	x	x	x
32		x		x	x	x	x	x
33		x						x
34		x				x	x	x
Total	10%	77,78%	22,22%	19,44%	16,67%	19,44%	22,22%	22,22%

Tabela 12.5. Regional Sul

ULS	Não realiza	Aberto	Por área	Gestante	Tabagismo	HAS	DM	Outro
35			x	x	x	x	x	x
36		x		x	x	x	x	x
37	x							
38		x		x			x	x
39				x	x			x
40		x		x	x	x	x	x
41				x	x	x	x	x
42		x		x	x			x
43				x	x			x
44		x			x			x
45		x		x				x
46		x						x
47		x		x	x	x	x	x
Total	7,69%	91,67%	8,33%	23,80%	21,43%	11,90%	14,29%	28,57%

Tabela 12.6. - Dados acerca das modalidades de grupos realizados nas regionais de saúde de Florianópolis – grupo de gestante, tabagismo, hipertensão arterial (HAS), diabetes melito (DM) e outros grupos; essas variáveis estão dispostas na 1ª linha da tabela, enquanto que as regionais estão na 1ª coluna à esquerda.

Regional	Gestante	Tabagismo	HAS	DM	Outro
Centro	15,00%	25,00%	10,00%	25,00%	25,00%
Continente	13,64%	22,73%	18,18%	18,18%	27,27%
Leste	8,70%	17,39%	21,74%	17,39%	34,78%
Norte	19,44%	16,67%	19,44%	22,22%	22,22%
Sul	23,80%	21,43%	11,90%	14,29%	28,57%
Total	16,12%	20,64%	16,25%	19,42%	27,57%

Tabela 12.7. Dados acerca da adscrição dos grupos, se são ou não adscritos à sua área; essas duas variáveis estão dispostas na 1ª linha da tabela, enquanto que as regionais de saúde estão na 1ª coluna à esquerda. Os dados são apresentados em porcentagens.

Regional	Adscrito	Aberto
Centro	20%	80%
Continente	14,29%	85,71%
Leste	25,00%	75,00%
Norte	22,22%	77,78%
Sul	8,33%	91,67%
Total	18,00%	82,00%

Tabela 13 - Dados acerca da prática da medicina complementar na APS; as modalidades – acupuntura, homeopatia, fitoterapia – e quem realiza a atividade – médico ou outro profissional.

Tabela 13.1. Regional Centro

ULS	Não tem medicina complementar	Homeopatia	Acupuntura	Fitoterapia	Médico	Outro profissional
1	x					
2	x					
3			x		x	
4	x					
5			x		x	
Total	60%	0%	100%	0%	100%	0%

Tabela 13.2. Regional Continente

ULS	Não tem medicina complementar	Homeopatia	Acupuntura	Fitoterapia	Médico	Outro profissional
6	x					
7	x					
8		x	x		x	
9	x					
10	x					
11	x					
12	x					
13	x					
14	x					
15	x					
Total	91,67%	50%	50%	0%	100%	0%

Tabela 13.3. Regional Leste

ULS	Não tem medicina complementar	Homeopatia	Acupuntura	Fitoterapia	Médico	Outro profissional
16		x	x		x	
17		x	x		x	enfermeira
18	x					
19		x			x	
20			x		x	
21	x					
22		x	x		x	
23		x			x	
24		x			x	
Total	22%	60,00%	40,00%	0%	87,50%	12,50%

Tabela 13.4. Regional Norte

ULS	Não tem medicina complementar	Homeopatia	Acupuntura	Fitoterapia	Médico	Outro profissional
25	x					
26			x			enfermeira - auriculoterapia
27	x					
28	x					
29	x					
30	x					
31	x					
32	x					
33	x					
34	x					
Total	90%	0%	100%	0%	0%	100%

Tabela 13.5. Regional Sul

ULS	Não tem medicina complementar	Homeopatia	Acupuntura	Fitoterapia	Médico	Outro profissional
35	x					
36	x					
37	x					
38	x					
39			x	x	x	
40	x					
41	x					
42		x	x		x	
43	x					
44	x					
45		x	x	x	x	naturologista
46	x					
47	x					
Total	76,92%	28,57%	42,86%	28,57%	75%	25%

Tabela 13.6. Dados acerca da prática ou não de medicina complementar nas regionais de saúde de Florianópolis/ os dados estão apresentados sob a forma de porcentagens.

Regional	Realiza	Não Realiza
Centro	40%	60%
Continente	8,33%	91,67%
Leste	78%	22%
Norte	10%	90%
Sul	23,08%	76,92%
Total	32,00%	68,00%

Tabela 13.7. Dados acerca das modalidades de medicina complementar praticadas nas regionais de saúde de Florianópolis – acupuntura, homeopatia, fitoterapia; as variáveis estão dispostas na 1ª linha da tabela enquanto as regionais estão dispostas na 1ª coluna à esquerda. Os dados são apresentados em porcentagens.

Regional	Acupuntura	Homeopatia	Fitoterapia
Centro	100%	0%	0%
Continente	50%	50%	0%
Leste	60,00%	40,00%	0%
Norte	100%	0%	0%
Sul	42,86%	28,57%	28,57%
Total	67,46%	26,83%	5,72%

NORMAS ADOTADAS

Este trabalho foi realizado seguindo a normatização para trabalhos de conclusão do Curso de Graduação em Medicina, aprovada em reunião do Colegiado do Curso de Graduação em Medicina da Universidade Federal de Santa Catarina, em 27 de novembro de 2005.

ANEXO I: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título - **PROCESSO DE TRABALHO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA EM FLORIANÓPOLIS: UMA EXPLORAÇÃO QUALI-QUANTITATIVA**

Pesquisador Responsável: Prof. Charles Tesser – CCS/UFSC

Pesquisador Principal: Acadêmica Juliany Luz

Objetivo da pesquisa: Descrever e avaliar aspectos considerados importantes da dinâmica de trabalho da Estratégia Saúde da Família na rede básica ou atenção primária de Florianópolis.

Procedimento: Serão realizadas entrevistas dirigidas e observação das rotinas dos serviços nos seus espaços públicos, abordando alguns aspectos do processo de trabalho das equipes de saúde da família.

Vantagens: Nenhuma vantagem direta ou indireta será advinda da participação nesse estudo para os entrevistados.

Riscos e incômodos: Nenhum risco e apenas os incômodos decorrentes da realização de entrevistas estarão envolvidos nos procedimentos do estudo.

Sigilo: Toda informação sobre os entrevistados será sigilosa e submetida aos regulamentos da Comissão de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina. Os resultados dessa pesquisa poderão ser publicados e não constará nenhum nome dos entrevistados. Se circunstâncias pessoais, profissionais, etc dos entrevistados forem mencionadas, poderão ser um pouco alteradas com o objetivo estrito de manter a privacidade e o anonimato dos entrevistados.

Informação adicional: em caso de dúvidas ou para obter informações adicionais, contatar o(s) pesquisador(es) responsável através dos telefones (48) 3243-1890 ou (48) 8846-0567.

Recusa ou descontinuação da participação: a participação é voluntária e pode ser cancelada, retirado esse consentimento e interrompida a participação no estudo a qualquer momento.

Consentimento: Eu confirmo que _____ explicou-me o objetivo, os procedimentos que serão realizados, riscos e vantagens ou não advindas desse estudo. Eu li e/ou me foi explicado e compreendi esse formulário de consentimento e estou de pleno acordo em participar desse estudo.

Nome do participante

Data

Assinatura

Responsabilidade do pesquisador

Eu expliquei a _____ o objetivo do estudo, os procedimentos adotados e os riscos e benefícios que poderão advir do estudo, usando o melhor do meu conhecimento. Comprometo-me a fornecer uma cópia desse formulário de consentimento ao participante ou responsável.

Pesquisador

Data

Assinatura

ANEXO II – INSTRUMENTO DE TRABALHO

Pesquisa: PROCESSO DE TRABALHO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA EM FLORIANÓPOLIS: UMA EXPLORAÇÃO QUALI-QUANTITATIVA

Data coleta: ____/____/____ Entrevistado: _____

Profissional: _____ Cargo: _____

PARTE I - Quanto aos arranjos organizacionais e de gestão do trabalho na APS:

1. Unidade Local de Saúde: _____
2. Quantas equipes existem na ULS? (____)
3. A formação das equipes de saúde da família:
 - a. Médico generalista (____)
 - b. Enfermeiro (____)
 - c. Odontólogo (____)
 - d. Técnicos de enfermagem, número por equipe (especificar) _____

 - e. ACS, número por equipe (____)
 - f. Está faltando no momento alguém? _____
 Quem? _____
 Há quanto tempo? _____
 Por quê? _____
4. Existem outros profissionais no serviço além dos da ESF? _____
 Quais? _____
 Como eles trabalham? _____
5. Existe reunião mensal da ULS? _____
 Quem participa? _____
 Há representação da população? _____
6. Existe reunião semanal das equipes de saúde da família? _____ Quem participa? _____

 Quanto tempo de reunião? _____ Existe participação popular nas reuniões da equipe? _____
7. Existe colegiado de gestão no serviço? _____ Se sim, reúne com que periodicidade? _____ Quem participa dele? _____

 Como são escolhidos os membros? _____
8. Existe Conselho Local de Saúde? _____ Qual a periodicidade das reuniões? _____ A direção da Unidade e os representantes dos profissionais participam assiduamente? _____
 Qual o número estimado de pessoas adscritas por equipe? (Descrever e especificar)

-
-
-
9. Existe adscrição de usuários por equipe de saúde da família para todos os profissionais? _____ Para as agendas? _____ Para o acolhimento? _____ Para as VDs? _____ Para as vacinas e curativos? _____ As equipes realizam atividades com o objetivo de conhecer a realidade social, econômica, sanitária e os recursos disponíveis para a população? _____ Quais? _____
10. As equipes realizam atividades com o objetivo de conhecer a realidade social, econômica, sanitária e os recursos disponíveis para a população? _____ Quais? _____
11. As equipes interagem com equipamentos de saúde? Quais? _____
12. Existe matriciamento de quais áreas? _____
 Como é feito: individual, em grupo, com pacientes, por equipe, com quais profissionais? _____
 As referências para especialistas são feitas via burocrática (SISREG/SIASC)? Tem contrarref? _____
13. Existe espaço na agenda dos profissionais para grupos e outras atividades coletivas? _____ A unidade fica sem ninguém da equipe atendendo? _____
14. A equipe tem prática de demandar ou organizar educação permanente para si mesma, a partir das necessidades dos pacientes e da comunidade? Em que momento? (na reunião da equipe?) Exemplos: _____

PARTE II - Quanto à gestão do cuidado dos usuários

A. ACESSO/ACOLHIMENTO:

1. Existe esquema de acolhimento? Como é?

2. A ESF faz acolhimento apenas da sua área?

3. Quais profissionais realizam acolhimento (avaliação de risco/vulnerabilidade clínico-psico-social e primeiro cuidado)?

4. É feito interdisciplinarmente e conjuntamente?

5. Quando o quadro de profissionais de uma equipe está incompleto (falta médico, por exemplo, ou sai de férias), o paciente é encaminhado ao médico vizinho ou há avaliação pelos demais profissionais (enfermagem, de regra) que negociam com o médico da equipe vizinha a necessidade de cuidado?

6. Como funciona o agendamento dos médicos e profissionais? Há prioridade ou exclusividade de agenda ou vagas para pacientes de ações programáticas (hipertensos, diabéticos, idosos, saúde da mulher, saúde da criança) (em que proporção da agenda)? Que proporção da agenda é voltada para intercorrências clínicas (acolhimento, urgências) e para demanda espontânea agendada?_____

7. Quanto tempo em média demora para se obter um atendimento médico agendado?_____

8. Quanto tempo demora em média para colher um exame de sangue simples? Há coleta na unidade?

B. COORDENAÇÃO DO CUIDADO:

1. A equipe costuma fazer a coordenação do cuidado de pacientes com múltiplos problemas e ou patologias?_____ Como é feito? _____

2. Nas reuniões de equipe são discutidos os casos que necessitam de coordenação?

3. São elaborados interdisciplinarmente e coletivamente pela equipe projetos terapêuticos individuais com registro? Como? Em que tempo? Na reunião semanal? A equipe avalia/reavalia o andamento do Projeto Terapêutico?

4. No caso de internações de pacientes adscritos, ESF faz contato com o médico/enfermeiro do hospital, responsável pela internação do paciente?
-

C. VISITAS DOMICILIARES:

1. Qual a periodicidade da visita domiciliar? Mensal? Semanal?
-

Há viatura para os locais distantes?

2. É por área de abrangência? _____ Quem faz a visita? _____ A equipe toda faz a visita simultaneamente ou há cuidado em revezar para não fechar o acolhimento e o acesso à equipe durante o horário da VD?
-

Como se decide quem vai à VD?

3. É feita apenas na população adscrita da equipe?
-

4. Existe programação para as VDs de rotina? Se existe programação, como ela é realizada? (Há uma escala/agenda organizada para os acamados e domiciliares crônicos? Tem relação dos acamados?)
-

Como surge a demanda para VD? (Nas reuniões semanais ou através de informações dos ACS ou outros profissionais da equipe?)

5. Como as informações das VDs são compartilhadas com os demais profissionais das equipes?
-
-

6. Existe instrumento (separado do prontuário do paciente) de acompanhamento dos casos acamados?
-
-

D. PROMOÇÃO DE SAÚDE, ATIVIDADES COLETIVAS, PREVENÇÃO DE DOENÇAS E PIC:

1. A unidade realiza atividades de educação dos pacientes e seus familiares para auto cuidado (manipulação de sondas e cateteres, cuidados com as feridas e troca de curativos, tomada adequada de medicamentos, outras)?
-
-

A ESF realiza avaliação se os pacientes possuem rede social de apoio que atenda suas necessidades de maneira adequada? _____ É estimulada a formação de rede social de apoio aos pacientes?

2. Existem grupos no ULS ou na equipe? _____ Quem organiza e executa? _____ Usa as reuniões de equipe para avaliar, gerir e propor novas atividades? _____ É por patologia? _____ É só com pacientes de uma mesma equipe ou o grupo é aberto para usuários de várias equipes?

_____ Há caráter compulsório nessa participação? (só ganha remédio ou só mede a glicemia se vem para o grupo)

3. Existe alguma prática de medicina dita complementar ou alternativa na unidade? Qual? (medicina chinesa, homeopatia, acupuntura, fitoterapia, outra)

Quem pratica? Com que frequência?

APÊNDICE I – QUESTIONÁRIO PARA DIAGNÓSTICO COMPARTILHADO DA ATENÇÃO BÁSICA

Quanto à composição da Equipe:

1. Cidade (Estado): _____ (_____)
2. Distrito Sanitário: _____
3. Nome da Unidade Básica de Saúde: _____
4. Identificação da Equipe de Referência: _____
5. Data de início de trabalho da equipe (1ª formação): ____/____/____.
6. Na tabela seguinte, descreva a formação da equipe e a data de início dos trabalhos de cada participante:

<i>Categoria profissional</i>	<i>Nome do profissional</i>	<i>Data de início</i>
Médico generalista		/ /
Médico pediatra		/ /
Médico ginecologista		/ /
Enfermeiro		/ /
Auxiliar de enfermagem		/ /
Auxiliar de enfermagem		/ /
Auxiliar de enfermagem		/ /
ACS		/ /
ACS		/ /
ACS		/ /
ACS		/ /
ACS		/ /
ACS		/ /

7. A equipe de referência esteve completa nos últimos 12 meses?

(0) Não

(1) Sim

Em caso de resposta negativa da pergunta anterior, indique, para cada profissional, quantos meses ele esteve ausente, nos últimos 12 meses:

- | | |
|---------------------------------|-------------|
| 8. Médico generalista | _____ meses |
| 9. Médico pediatra | _____ meses |
| 10. Médico ginecologista | _____ meses |
| 11. Enfermeiro | _____ meses |
| 12. Auxiliar de enfermagem | _____ meses |
| 13. Agente comunitário de saúde | _____ meses |

Dados de adscrição de clientela

14. A Equipe trabalha na lógica de responsabilização e vínculo pela população do território?
(Não) 0 (Sim) 1

15. A Equipe conhece os dados de estimativa do IBGE (ou outra fonte oficial) sobre as características demográficas de sua população de referência?
(Não conhece) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Conhece bem)

16. Qual a população estimada (e sua distribuição por sexo e idade), de acordo com as estimativas do IBGE ou outra fonte oficial utilizada (cite a fonte)?

<i>Faixa Etária</i>	<i>Masculino</i>	<i>Feminino</i>	<i>Total</i>
< 1 ano			
1 a 4 anos			
5 a 6 anos			
7 a 9 anos			
10 a 14 anos			
15 a 19 anos			
20 a 39 anos			
40 a 49 anos			
50 a 59 anos			
60 anos ou mais			
Total			

17. Qual a população adscrita à Equipe de Referência (e sua distribuição por sexo e idade) nestes setores censitários, de acordo com os dados do cadastro das famílias adscritas?

<i>Faixa Etária</i>	<i>Masculino</i>	<i>Feminino</i>	<i>Total</i>
< 1 ano			
1 a 4 anos			
5 a 6 anos			
7 a 9 anos			
10 a 14 anos			
15 a 19 anos			
20 a 39 anos			
40 a 49 anos			
50 a 59 anos			
60 anos ou mais			
Total			

18. Quantas famílias são e qual a média de pessoas por família em cada um dos setores censitários da área de abrangência da Equipe de Referência?

<i>Área do Agente Comunitário</i>	<i>Número de famílias</i>	<i>Número de pessoas</i>	<i>Média de pessoas por família</i>
<i>No.de setores:</i>	<i>Total:</i>	<i>Total:</i>	<i>Média:</i>

Saúde Bucal:

19. Como as Equipes de Saúde Bucal são integradas às Equipes de Saúde da Família em sua unidade?

- Não existe Equipe de Saúde Bucal no serviço..... 1
 A cada 2 Equipes de Saúde da Família..... 2
 A cada 1 Equipe de Saúde da Família..... 3

20. Como as Equipes de Saúde Bucal são compostas?

- Equipes simples (dentista e THD) 1
 Equipes completas (dentista, THD e ACD) 2

21. De que forma se dá o acesso da população às Equipes de Saúde Bucal (abertura da agenda)? Redigir livremente.

Relacionamento da Equipe com a população adscrita:

22. A Equipe realiza esforços de estabelecer vínculo e contrato da forma de atuar com as famílias de sua área de abrangência?

(Não realiza) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Muito realizado)

23. A forma de a Equipe estabelecer vínculo e contrato da forma de atuar com as famílias de sua área de abrangência é mais individual ou coletiva?

(Mais individual) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Mais coletiva)

24. Quando uma família nova muda-se para a sua área de abrangência, a equipe realiza contato no sentido de estabelecer vínculo e contratar sua forma de atuar com esta família?

(Não realiza) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Muito realizado)

25. De que estratégias a Equipe se utiliza para estabelecer vínculo e contratar uma forma de trabalho pactuada com as famílias de sua área de abrangência? Descrever livremente.

26. De uma forma geral, como a equipe avalia o resultado desses esforços?
(Nenhum resultado) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Muito resultado)

27. Em relação ao vínculo estabelecido com a comunidade, como a equipe avalia a contribuição destes esforços?
(Nenhuma contribuição) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Muita contribuição)

Conhecimento do território:

28. A equipe conhece/interage com o território de sua responsabilidade sanitária?
(Não interage) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Muita interação)

29. A equipe (em conjunto) já realizou visitas ao território, com o objetivo de conhecer a realidade social, econômica, sanitária, os recursos disponíveis para utilização pela equipe e pela população?
(Não realizada) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Muito realizada)

30. A Equipe conhece/interage com as principais lideranças comunitárias no seu território de abrangência?
(Não interage) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Muita interação)

31. A equipe conhece/interage com os equipamentos de saúde (farmácias, consultórios médicos e dentários, laboratórios, outros) disponíveis no território?
(Não interage) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Muita interação)

32. A equipe conhece/interage com os equipamentos de educação (creches, escolas municipais, estaduais e particulares) disponíveis no território?
(Não interage) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Muita interação)

33. A equipe conhece/interage com os equipamentos de lazer (quadras de esportes, praças, parques, campos de futebol, organizações como escolas de futebol, de artes, de circo etc.) disponíveis no território?
(Não interage) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Muita interação)

34. A equipe conhece/interage com as organizações não governamentais que realizam ações no território?
(Não interage) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Muita interação)

35. Quais as principais potencialidades e recursos disponíveis em sua área de abrangência? Descrever livremente.

36. Quais as principais dificuldades e constrangimentos existentes em sua área de abrangência? Descrever livremente.

Visitas Domiciliares:

37. Quantas visitas domiciliares o Agente Comunitário de Saúde realiza por mês?

38. Todas as famílias recebem visita domiciliar de rotina do ACS?

(Não) 0 (Sim) 1

39. Qual a periodicidade da visita domiciliar de rotina do ACS?

- Não realiza de rotina..... 1
- A cada ano..... 2
- A cada semestre..... 3
- A cada trimestre..... 4
- A cada bimestre..... 5
- Mensalmente..... 6

40. Existe uma programação das visitas de rotina do ACS às famílias, independente de demandas das famílias ou do Centro de Saúde?

(Não) 0 (Sim) 1

41. Como é feita esta programação? (descrever livremente)

42. A equipe dispõe de ferramentas para facilitar essa programação local das visitas?

(Não) 0 (Sim) 1

43. Os ACS realizam visitas domiciliares com que objetivos/critérios de prioridade? Descrever livremente.

44. Quantas visitas os ACS participantes da equipe realizaram nos últimos 12 meses?

<i>Mês</i>	<i>ACS 1</i>	<i>ACS 2</i>	<i>ACS 3</i>	<i>ACS 4</i>	<i>ACS 5</i>
Janeiro					
Fevereiro					
Março					
Abril					
Maio					
Junho					
Julho					
Agosto					
Setembro					
Outubro					
Novembro					
Dezembro					
Total					

45. Os médicos realizam visitas domiciliares com que objetivos/critérios de prioridade? Descrever livremente.

46. Os enfermeiros realizam visitas domiciliares com que objetivos/critérios de prioridade? Descrever livremente.

47. Os auxiliares de enfermagem realizam visitas domiciliares com que objetivos/critérios de prioridade? Descrever livremente.

48. Quantas visitas os profissionais da equipe realizaram nos últimos 12 meses?

<i>Mês</i>	<i>Médico generalista</i>	<i>Médico pediatra</i>	<i>Médico ginecologist a</i>	<i>Enfermeiro</i>	<i>Auxiliar de enfermagem</i>
Janeiro					
Fevereiro					
Março					
Abril					
Maio					
Junho					
Julho					
Agosto					
Setembro					
Outubro					
Novembro					
Dezembro					
Total					

49. As visitas domiciliares dos profissionais das equipes são registradas?

(Não registra) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Registro adequado)

50. Como as informações obtidas nas visitas domiciliares são compartilhadas com os demais profissionais da equipe? Descrever livremente.

Organização da Clínica:

51. Os dados do cadastro são trabalhados pela ESF?

(Não trabalhados) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Muito trabalhados)

52. A organização da agenda de trabalho foi feita pela ESF?

(Não) 0 (Sim) 1

53. A ESF atende também à população não adscrita?

Não atende..... 1

Só no acolhimento..... 2
 Esporadicamente..... 3
 Diariamente..... 4

54. A ESF faz o acolhimento da população adscrita?

Não atende 1
 Horário específico..... 2
 O dia todo..... 3
 Pela manhã..... 4

55. Qual o conceito de acolhimento utilizado pela equipe? Descrever livremente.

56. Quantas horas diárias de agenda aberta (demanda espontânea)?

57. Quantas horas semanais de atividades programadas, e quais são elas? Descrever livremente.

58. Tem fila para o atendimento?

(Muita fila) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Não tem fila)

59. As famílias adscritas conhecem a agenda da ESF?

(Não conhecem) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Conhecem bem)

60. A forma de organização do trabalho na Equipe de Referência conta com a discussão e prática multiprofissional, com a Equipe integrada se responsabilizando pelo paciente ou cada profissional faz a sua parte desconectada dos demais?

(Muito desconectada) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Muito em equipe)

61. Os casos dos pacientes são discutidos na equipe?

(Não realizada) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Muito realizada)

62. Existe formulação de Projeto Terapêutico para cada paciente?
(Não realizada) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Muito realizada)
63. A equipe avalia/reavalia o andamento do Projeto Terapêutico?
(Não realizada) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Muito realizada)
64. A Equipe de Referência promove reuniões clínicas periódicas, para discussão de casos e condutas, atualização clínica, padronização de condutas, elaboração de protocolos da unidade?
 Não promove 0
 Promove em frequência inferior a 1 ao mês 1
 Promove mensalmente 2
 Promove quinzenalmente 3
 Promove semanalmente 4
65. No caso de internações de pacientes adscritos, a Equipe de Referência faz contato com o médico/enfermeiro do hospital, responsável pela internação do paciente?
(Não contata) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Muito contatado)
66. Quanto à interação positiva da equipe com os familiares ou acompanhantes, no sentido de fornecer informações adequadas do estado de saúde do paciente?
(Sem interação) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Muita interação)
67. Quanto ao oferecimento de abordagem e apoio às questões subjetivas dos pacientes e seus familiares?
(Não oferece) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Muito oferecimento)
68. A Equipe se preocupa com o fornecimento de informações e orientações em condições mínimas necessárias para respeito à privacidade dos pacientes?
(Sem disponibilidade) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Muita disponibilidade)

Práticas integrativas e complementares:

69. A Unidade possui profissionais com conhecimento em Homeopatia e utilizando práticas alternativas em conjunto com as práticas alopáticas?
(Não) 0 (Sim) 1
70. A Unidade possui profissionais com conhecimento em Fitoterapia e utilizando práticas alternativas em conjunto com as práticas alopáticas?
(Não) 0 (Sim) 1
71. A Unidade possui profissionais com conhecimento em Acupuntura e utilizando práticas alternativas em conjunto com as práticas alopáticas?
(Não) 0 (Sim) 1
72. A Unidade possui profissionais com conhecimento em Medicina Chinesa e utilizando práticas alternativas em conjunto com as práticas alopáticas?
(Não) 0 (Sim) 1

Relação com especialistas:

73. Quais as especialidades mais demandadas pela equipe nos últimos 12 meses? Descrever livremente.

74. Para cada especialidade, registrar o tempo médio de espera (em dias), de acordo com a impressão da equipe?

<i>Especialidade</i>	<i>Tempo de espera (em dias)</i>

Nas questões 75 a 80, você vai passar uma visão geral do relacionamento de sua unidade com as especialidades (em seguida, você poderá responder essas mesmas perguntas, de acordo com as especialidades específicas):

75. Quanto à forma de solicitação de interconsulta, como se dá o relacionamento da equipe com os especialistas?

(Muito burocrática) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Muito comunicativa)

76. Quanto ao tempo despendido da solicitação à realização da interconsulta?

(Muito demorado) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Muito rápido)

77. Quanto à interação positiva (educação e qualidade relacional) do especialista no contato com o paciente?

(Nenhuma interação) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Muita interação)

78. Quanto à qualidade técnica (resposta satisfatória e confiável à dúvida) da interconsulta?

(Pouca qualidade) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Muita qualidade)

79. Quanto ao retorno dos achados da interconsulta à equipe?

(Muito burocrático) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Muito comunicativo)

80. Quanto à interação positiva do especialista no contato com a equipe de referência do paciente?

(Nenhuma interação) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Muita interação)

81. Responda agora às mesmas perguntas, só que de forma particularizada para sua interação com cada especialidade:

<i>Especialidade</i>	<i>Questão 74</i>	<i>Questão 75</i>	<i>Questão 76</i>	<i>Questão 77</i>	<i>Questão 78</i>	<i>Questão 79</i>

82. Qual a capacidade da equipe de referência do paciente de superar a fragmentação da atenção quando o paciente está submetido à interconsultas com várias especialidades?

(Nenhuma capacidade) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Muita capacidade)

83. Existe Equipe de Atenção/Internação Domiciliar disponível na área de abrangência da Equipe de Referência?

(Não) 0 (Sim) 1

84. Em caso afirmativo, a equipe de referência da atenção básica atua de forma integrada com a Equipe de Atenção/Internação Domiciliar?

(Nenhuma integração) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Muito integrada)

Pacientes de maior risco ou vulnerabilidade:

85. Os pacientes de maior risco ou vulnerabilidade (e/ou seus familiares/rede de apoio) possuem informações suficientes para evitar ou minimizar os episódios de agudização da doença, doenças intercorrentes ou lesões externas?

(Nenhuma informação) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Muita informação)

86. A equipe orienta seus pacientes de maior risco ou vulnerabilidade (e familiares/rede de apoio) de forma a permitir uma percepção de agudizações de sua doença/situação, orientando as situações de procura de atendimento médico imediato?

(Não orienta) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Muita orientação)

87. Quando os pacientes necessitam de cuidados imediatos/internação, esta procura costuma ocorrer dentro de um tempo adequado para que os cuidados possam ser iniciados?

(Pouco adequado) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Muito adequado)

88. A Equipe de Referência do paciente fica sabendo do agravamento do estado de saúde dos pacientes?

(Quase nunca) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Quase sempre)

89. Como a equipe se comporta em relação à família, no oferecimento do apoio emocional aos familiares no momento da morte do paciente?
(Pouco adequado) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Muito adequado)

Atividades de promoção da saúde:

90. A unidade realiza atividades de educação em saúde, de forma a facilitar que os pacientes e seus familiares se integrem em ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde?
(Não realiza) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Muito realizada)

91. Qual o referencial teórico, objetivos e métodos destas atividades. Descrever livremente.

92. A unidade realiza atividades de educação dos pacientes e seus familiares para auto cuidado (manipulação de sondas e cateteres, cuidados com as feridas e troca de curativos, tomada adequada de medicamentos, outras)?
(Não realiza) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Muito realizada)

93. A Equipe de Referência realiza orientações sobre estilo de vida?
(Não realiza) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Muito realizada)

94. A Equipe de Referência realiza atividades em grupos de educação em saúde?
(Não realiza) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Muito realizada)

95. Como a equipe avalia a adesão dos pacientes ao acompanhamento regular de seus problemas de saúde com a equipe?
(Não realiza) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Muito realizada)

96. A Equipe de Referência avalia se os pacientes tem condições adequadas de auto cuidado (autonomia)?
(Não realiza) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Muito realizada)

97. A Equipe de Referência estimula que os pacientes consigam condições adequadas de auto cuidado (autonomia)?
(Não realiza) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Muito realizada)

98. A Equipe de Referência realiza avaliação se os pacientes possuem rede social de apoio que atenda suas necessidades de maneira adequada?
(Não realiza) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Muito realizada)

99. A Equipe de Referência estimula a formação de rede social de apoio aos pacientes?
(Não realiza) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Muito realizada)

100. A Equipe de Referência avalia se os pacientes possuem vínculos familiares próximos?
(Não realiza) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Muito realizada)

101. A Equipe de Referência avalia se os pacientes moram com familiares?
(Não realiza) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Muito realizada)

102. Descreva as ações de promoção à saúde que a Equipe de Referência executa:

<i>ATIVIDADE</i>	<i>OBJETIVO</i>	<i>MODO / COMO</i>	<i>IMPACTO</i>
------------------	-----------------	--------------------	----------------

Projeto ou Plano de Trabalho / Informações em Saúde:

103. A equipe possui um Projeto ou Plano de Trabalho, com objetivos, metas e indicadores avaliados?

(Não) 0 (Sim) 1

104. A equipe dispõe de dados confiáveis de gestão de seu trabalho e dados epidemiológicos de sua população adscrita (dados do cadastro, demografia, taxa de nascimento, taxa de mortalidade infantil, nas demais faixas etárias e por causa, dados de internação, morbidade referida, outros estudos de morbidade, cobertura vacinal na rotina e em campanhas, incidência de agravos de notificação compulsória, necessidade de utilização de exames, procedimentos realizados, cirurgias, partos etc.)?

(Não) 0 (Sim) 1

105. A ESF usa os formulários específicos de registro e produção?

(Não utilizados) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Muito utilizados)

Capacitações dos profissionais da Equipe:

106. Em relação à realização de capacitações dos profissionais da Equipe?

(Não realizados) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Muito realizados)

107. Que instrumentos de capacitação estão disponíveis para as equipes de referência?
Descrever livremente.

108. A Equipe realiza discussão sobre o que é objeto de investimento (que dá prazer no trabalho) para cada profissional e aquelas tarefas que são mais penosas de realizar?

(Não realizadas) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Muito realizadas)

109. Como a Equipe lida com esta questão? Descrever livremente.

Avaliação de custos:

110. Quanto aos custos de manutenção mensal da equipe e da unidade de saúde, que nível de relevância e cuidado é dado pela equipe a este aspecto?
(Nenhuma relevância) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Muita relevância)
111. A equipe realiza controle de sua planilha de custos, distribuídos pelos diversos itens (recursos humanos, medicamentos, insumos, exames laboratoriais e de imagem, desgaste de equipamentos, tarifas de telefone, luz, outros) mensalmente?
(Nenhum controle) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Muito controle)
112. Existe pactuação entre a unidade e a gestão do Distrito Sanitário ou da Secretaria Municipal de Saúde de teto financeiro para a Unidade?
(Não) 0 (Sim) 1
113. Existe pactuação de teto financeiro para a Equipe, feita entre a equipe e a gestão do Centro de Saúde?
(Não) 0 (Sim) 1
114. Em caso positivo, a equipe tem conseguido se manter dentro do teto financeiro pactuado?
(Nenhum êxito) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Muito êxito)

Gestão Colegiada:

115. Existe espaço democrático de decisão na Equipe?
(Nenhum espaço) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Muito espaço)
116. Como é constituído este espaço? (redigir livremente)
-
-
-
-
-
117. A Equipe realiza reuniões para discussão de seus processos de trabalho, resolver problemas das relações cotidianas no dia-a-dia, e estabelecer formas melhores de trabalhar e conviver?
(Não realizada) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Muito realizada)
118. Todos os componentes da equipe possuem oportunidades iguais de estabelecer pontos de pautas para estas reuniões?
(Não possuem) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Muita oportunidade)
119. Existe instância de gestão colegiada na unidade (Colegiado Gestor da Unidade)?
(Não) 0 (Sim) 1

Se a resposta anterior for negativa, não responder às próximas perguntas.

120. Descrever como são definidas as vagas para assento no Colegiado Gestor da Unidade.
(redigir livremente)

121. Qual a frequência de reuniões deste colegiado?

Frequência inferior a mensal 1

Mensal 2

Quinzenal 3

Semanal 4

122. Todos os participantes do Colegiado Gestor da Unidade têm possibilidade de interferir na definição da pauta das reuniões deste colegiado?

(Nenhuma possibilidade) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Muita possibilidade)

123. O Colegiado Gestor da Unidade possui um núcleo ou secretaria executiva responsável por tocar a gerência da unidade e dividir com o Gerente da unidade a responsabilidade gerencial?

(Não) 0 (Sim) 1

Condições de infra-estrutura:

124. Em relação à unidade possuir condições mínimas necessárias para respeito à privacidade dos pacientes?

(Nenhuma privacidade) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Muita privacidade)

125. Em relação às condições de lavagem das mãos pela equipe (pias, sabão e toalheiros com papel-toalha)?

(Inadequadas) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Adequadas)

126. Em relação à disponibilidade de almotolias de álcool glicerinado para antissepsia das mãos pela equipe?

(Não disponíveis) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Muito disponíveis)

127. Em relação à adequação da área física do Centro de Saúde?

(Não adequada) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Muito adequada)

128. Em relação à adequação das condições de limpeza da unidade?

(Não adequada) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Muito adequada)

129. A unidade conta com recursos para possibilitar atendimento em inaloterapia e oxigenioterapia?

(Não) 0 (Sim) 1

130. A unidade conta com recursos materiais e equipamentos básicos para manejo de emergência e parada cardiorrespiratória?

(Não) 0 (Sim) 1

131. A unidade conta com monitor cardíaco e cardioversor para manejo de emergência e parada cardiorrespiratória?

(Não) 0 (Sim) 1

132. Os consultórios e banheiros do Centro de Saúde permitem a entrada de cadeiras de banho ou de rodas?

(Não) 0 (Sim) 1

133. Descrever os equipamentos disponíveis na Unidade para realização dos atendimentos: (Adequar para o CS).

134.

<i>Equipamento</i>	<i>Quantidade</i>	<i>Estado de conservação (1 a 10)</i>	<i>Estado de modernização (1 a 10)</i>

APÊNDICE II - DECLARAÇÃO DE APROVAÇÃO DA PREFEITURA MUNICIPAL DE FLORIANÓPOLIS DA PESQUISA DE CAMPO NA REDE BÁSICA, APÓS APROVAÇÃO DO CEP/UFSC



**Prefeitura Municipal de Florianópolis
Secretaria Municipal de Saúde**

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins e efeitos legais, objetivando atender as exigências para a obtenção de parecer do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, e como representante legal da Instituição, tomei conhecimento do projeto de pesquisa: “Processo de Trabalho na Estratégia Saúde da Família em Florianópolis: Uma exploração Quali-Quantitativa” do pesquisador responsável Charles Delcanale Tesser, e cumprirei os termos da Resolução CNS 196/96 e suas complementares, e como esta instituição tem condição para o desenvolvimento deste projeto, autorizo a sua execução nos termos propostos, condicionando seu início à apresentação do parecer favorável do CEP/UFSC.

Florianópolis, 10/06/2009.

Maria Francisca dos Santos Daussey
Departamento de Integração Ensino Serviço
Membro da Comissão de Acompanhamento dos Projetos de Pesquisa em Saúde

Maria Francisca dos Santos Daussey
Chefe de Departamento
Deplo. de Integração Ensino e Serviços
Matrícula 159409
SMS - PMF

APÊNDICE III - FOLHA DE ROSTO PARA PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS



MINISTÉRIO DA SAÚDE
Conselho Nacional de Saúde
Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP

FOLHA DE ROSTO PARA PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS				FR - 268401	
Projeto de Pesquisa PROCESSO DE TRABALHO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA EM FLORIANÓPOLIS: UMA EXPLORAÇÃO QUALI-QUANTITATIVA					
Área de Conhecimento 4.00 - Ciências da Saúde - 4.06 - Saúde Coletiva - Nenhum				Grupo Grupo III	Nível Não se aplica
Área(s) Temática(s) Especial(s)				Fase Não se Aplica	
Unitermos Atenção primária à saúde; Saúde Coletiva; Saúde da Família; Modelos assistenciais; Avaliação					
Sujeitos na Pesquisa					
Nº de Sujeitos no Centro 50	Total Brasil 50	Nº de Sujeitos Total 50	Grupos Especiais		
Placebo NAO	Medicamentos HIV / AIDS NÃO	Wash-out NÃO	Sem Tratamento Específico NÃO	Banco de Materiais Biológicos NÃO	
Pesquisador Responsável					
Pesquisador Responsável CHARLES DALCANALE TESSER			CPF 605.201.329-04	Identidade 1078459	
Área de Especialização SAÚDE COLETIVA			Maiores Titulação DOUTORADO	Nacionalidade BRASILEIRA	
Endereço RUA SEBASTIÃO LAURENTINO DA SILVA, 1307			Bairro CORREGO GRANDE	Cidade FLORIANÓPOLIS - SC	
Código Postal 88037-400	Telefone / (48)32332219	Fax		Email charlestesser@ccs.ufsc.br	
Termo de Compromisso Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Res. CNS 196/96 e suas complementares. Comprometo-me a utilizar os materiais e dados coletados exclusivamente para os fins previstos no protocolo e publicar os resultados, sejam eles favoráveis ou não. Aceito as responsabilidades pela condução científica do projeto acima. _____ Data: ____/____/____ Assinatura					
Instituição Onde Será Realizado					
Nome PREFEITURA MUNICIPAL DE FLORIANÓPOLIS			CNPJ 82.892.282/0002-24	Nacional/Internacional Nacional	
Unidade/Órgão Secretaria de Saúde			Participação Estrangeira NÃO	Projeto Multicêntrico NÃO	
Endereço CONSELHEIRO MAFRA, 656			Bairro CENTRO	Cidade FLORIANÓPOLIS - SC	
Código Postal 88010-914	Telefone 32516000	Fax		Email	
Termo de Compromisso Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Res. CNS 196/96 e suas complementares e como esta instituição tem condições para o desenvolvimento deste projeto, autorizo sua execução. Nome: _____ Data: <u>10/06/2009</u> _____ <div style="text-align: right;"> Maria Francisca dos Santos Dourado Chefe de Departamento Depto. de Integração Ensino e Serviços SMS - PMF </div>					

O Projeto deverá ser entregue no CEP em até 30 dias a partir de 02/06/2009. Não ocorrendo a entrega nesse prazo esta Folha de Rosto será INVALIDADA.

**APÊNDICE IV - PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM
PESQUISA EM SERES HUMANOS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA
CATARINA**



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
Pró-Reitoria de Pesquisa e Extensão
Comitê de Ética na Pesquisa em Seres Humanos

CERTIFICADO N° 163

O Comitê de Ética na Pesquisa em Seres Humanos (CEPSH) da Pró-Reitoria de Pesquisa e Extensão da Universidade Federal de Santa Catarina, instituído pela PORTARIA N.º0584/GR/99 de 04 de novembro de 1999, com base nas normas para a constituição e funcionamento do CEPSH, considerando o contido no Regimento Interno do CEPSH, **CERTIFICA** que os procedimentos que envolvem seres humanos no projeto de pesquisa abaixo especificado estão de acordo com os princípios éticos estabelecidos pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP

APROVADO

PROCESSO: 170/09 FR- 268401

TÍTULO: Processo de trabalho na estratégia saúde da família em Florianópolis: uma exploração quali-quantitativa.

AUTOR: Charles D. Tesser e Juliany Luz.

DPTO.: CCS/UFSC

FLORIANÓPOLIS, 29 de junho de 2009.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

Coordenador do CEPSH/UFSC - Prof.º Washington Portela de Souza

**APÊNDICE V - AUTORIZAÇÃO DA COMISSÃO DE ACOMPANHAMENTO DOS
PROJETOS DE PESQUISA EM SAÚDE DO DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA
DE FLORIANÓPOLIS PARA A REALIZAÇÃO DO PROJETO DE PESQUISA NAS ULS
DA REDE BÁSICA**



Prefeitura Municipal de Florianópolis
Secretaria Municipal de Saúde
Assessoria de Desenvolvimento Institucional

**COMISSÃO DE ACOMPANHAMENTOS DOS PROJETOS
DE PESQUISA EM SAÚDE**

Ofício Nº 021/2009.

Florianópolis, 03 de agosto de 2009.

Para: Charles Dalcanale Tesser

Da: Comissão de Acompanhamento dos Projetos de Pesquisa em Saúde.

Prezado Senhor,

Cumprimentando-o, cordialmente, informamos que o Projeto de Pesquisa: "Processo de trabalho na estratégia saúde da família em Florianópolis: uma exploração quali-quantitativa", enviado por V^{as} S^{as} a esta comissão, foi analisado e considerado adequado estando, portanto, autorizado para execução nos Centros de Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis.

Certas de sua atenção estamos à disposição para maiores esclarecimentos no telefone – 3239-1564.

Atenciosamente,

Marynes Terezinha Reibnitz

Membro da Comissão de Acompanhamentos dos Projetos de Pesquisa em Saúde

APÊNDICE VI - FICHA DE AVALIAÇÃO

A avaliação dos trabalhos de conclusão do Curso de Graduação em Medicina obedecerá aos seguintes critérios:

1º. Análise quanto à forma ;

2º. Quanto ao conteúdo;

3º. Apresentação oral;

4º. Material didático utilizado na apresentação;

5º. Tempo de apresentação:

15 minutos para o aluno;

05 minutos para cada membro da Banca;

05 minutos para réplica

DEPARTAMENTO DE: _____

ALUNO: _____

PROFESSOR: _____

NOTA:

1. Forma:

2. Conteúdo:

3. Apresentação Oral:

4. Material Didático Utilizado:

MÉDIA: _____ (_____)

Assinatura: _____